

Guinée-Bissau

Suivi de la situation des enfants et des femmes



Enquête par grappes à indicateurs multiples 2006



Ministère de l'Economie



Fond des Nations Unies pour l'Enfance



Banque Mondiale



Plan Guinée-Bissau



Fond des Nations Unies pour les Activités en
Matière de Population



Programme des Nations Unies pour le
Développement



Guinée-Bissau
Enquête par Grappes à Indicateurs
Multiples
2006

Ministère de l'Économie
Secrétariat d'État du Plan et à l'Intégration
Régionale

UNICEF
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Autres Partenaires:

Banque Mondiale
Plan Guinée-Bissau
UNFPA
PNUD

Juin 2006

Ont contribué à la rédaction du rapport:

Antonio Có, Adjoint du coordonnateur de MICS, Bissau

Augusto Bernardo Viegas Junior, Chargé de Suivi - Evaluation à l'Unicef, Bissau

Adulai Jaló, Informaticien de l'enquête MICS3 à l'INEC, Bissau

L'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS3) de la Guinée-Bissau a été menée par le Ministère de l'Economie - Secrétariat d'Etat du Plan et à l'Intégration Régionale, en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Un soutien financier et technique a été fourni par l'UNICEF, la Banque Mondiale, Plan Guinée-Bissau, le Fonds des Nations Unies pour les Activités en Matière de Population (UNFPA) et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).

L'enquête entre dans le cadre de la série d'enquêtes MICS menées en 2005-2006, dans plus de 50 pays à travers le monde, après celles de 1995 et 2000. Les instruments d'enquête pour évaluer la situation des enfants et des femmes dans le monde, sont basés sur les modèles standard élaborés par la Coordination générale du Projet Global de MICS, au siège de l'UNICEF, à New York. Des informations complémentaires sur ce projet sont disponibles sur le site www.childinfo.org.

Citation suggérée:

Ministère de l'Economie - Secrétariat d'Etat du Plan et à l'Intégration Régionale, 2006.

Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples, Guinée-Bissau, 2006, Rapport Final.

Bissau, Guinée-Bissau : Ministère de l'Economie - Secrétariat d'Etat du Plan et à l'Intégration Régionale.

Tableau de synthèse des résultats

Principaux indicateurs de l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), Guinée-Bissau, 2006

Rubrique	Numéro Indicateur MICS	Numéro indicateur OMD	Indicateur	Valeur	
MORTALITÉ DES ENFANTS					
Mortalité des enfants	1	13	Taux de mortalité infanto-juvénile	223	pour mille
	2	14	Taux de mortalité infantile	138	pour mille
NUTRITION					
Statut nutritionnel	6	4	Prévalence de l'insuffisance pondérale modérée	19,4	Pour cent
	6	4	Prévalence de l'insuffisance pondérale sévère	4,0	Pour cent
	7		Prévalence du retard de croissance modéré	40,9	Pour cent
	8		Prévalence de la déperdition	19,5	Pour cent
Allaitement maternel	45		Allaitement commencé à temps	22,6	Pour cent
	15		Taux d'allaitement exclusif (0-3 mois)	21,4	Pour cent
	15		Taux d'allaitement exclusif (< 6 mois)	16,1	Pour cent
	16		Taux d'allaitement continu		
			• à 12-15 mois	92,8	Pour cent
			• à 20-23 mois	61,4	Pour cent
	17		Taux d'alimentation complémentaire commencé à temps	35,2	Pour cent
18		Fréquence de l'alimentation complémentaire	28,6	Pour cent	
19		Enfants bien nourris	21,9	Pour cent	
Iodation du sel	41		Consommation de sel iodé	0,9	Pour cent
Vitamine A	42		Supplémentation en vitamine A (enfants : moins 5 ans)	58,6	Pour cent
	43		Supplémentation en vitamine A (femmes : accouchées)	57,4	Pour cent
Faible poids à la naissance	9		Nourrissons ayant un faible poids à la naissance	23,9	Pour cent
	10		Enfants pesés à la naissance	41,5	Pour cent
SANTÉ DE L'ENFANT					
Vaccination	25		Couverture vaccinale contre la tuberculose	88,9	Pour cent
	26		Couverture vaccinale contre la poliomyélite	64,1	Pour cent
	27		Couverture vaccinale contre la DTCoq	62,8	Pour cent
	28	15	Couverture vaccinale contre la rougeole	75,5	Pour cent
	31		Enfants entièrement vaccinés	39,9	Pour cent
	29		Couverture vaccinale contre l'hépatite B	N/A	Pour cent
	30		Couverture vaccinale contre la fièvre jaune	N/A	Pour cent
Toxoïde tétanique	32		Protection contre le tétanos néonatal	68,2	Pour cent
	33		Utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO)	46,3	Pour cent
	34		Prise en charge à domicile de la diarrhée	11,0	Pour cent

Rubrique	Numéro Indicateur MICS	Numéro indicateur OMD	Indicateur	Valeur	
Prise en charge des maladies	35		TRO reçu ou augmentation des fluides, et poursuite de l'alimentation	25,3	Pour cent
	23		Recherche de soins pour les cas de pneumonie présumée	4,3	Pour cent
	22		Traitement aux antibiotiques d'une pneumonie présumée	41,9	Pour cent
Utilisation de combustibles solides	24	29	Combustibles solides	98,4	Pour cent
Paludisme	36		Disponibilité de moustiquaires imprégnées (MI) par ménage	43,6	Pour cent
	37	22	Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	39,0	Pour cent
	38		Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire	73,2	Pour cent
	39	22	Traitement antipaludéen (enfants de moins de 5 ans)	27,2	Pour cent
	40		Traitement préventif intermittent du paludisme (femmes enceintes)	7,4	Pour cent
Source et coût d'approvisionnement	96		Source d'approvisionnement (sources publiques)		
			Moustiquaires imprégnées	29,3	Pour cent
			Antipaludéens	54,8	Pour cent
			Antibiotiques	54,9	Pour cent
			Sels de réhydratation orale	77,4	Pour cent
	97		Coût d'approvisionnement (coût médian)		
			Moustiquaires imprégnées		
			• sources publiques	1000	[FCFA]
			• sources privées	4945	[FCFA]
			Antipaludéens		
			• sources publiques	1500	[FCFA]
			• sources privées	2000	[FCFA]
			Antibiotiques		
			• sources publiques	1782	[FCFA]
			• sources privées	3000	[FCFA]
		Sels de réhydratation orale			
		• sources publiques	1000	[FCFA]	
		• sources privées	2376	[FCFA]	
ENVIRONNEMENT					
Eau et assainissement	11	30	Utilisation de sources d'eau potable améliorées	59,9	pour cent
	13		Traitement de l'eau	4,5	pour cent
	12	31	Utilisation d'installations sanitaires améliorées	11,4	pour cent
	14		Élimination des excréments infantiles	35,4	pour cent
Bail assuré et Durabilité de l'habitat	93		Bail assuré	NA	pour cent
	94		Durabilité de l'habitat	NA	pour cent
	95	32	Taudis	NA	pour cent
SANTÉ DE LA REPRODUCTION					
	21	19c	Prévalence des contraceptifs	10,3	pour cent

Rubrique	Numéro Indicateur MICS	Numéro indicateur OMD	Indicateur	Valeur	
Contraception et besoins à couvrir	98		Besoins à couvrir en matière de planning familial	25,0	pour cent
	99		Demande couverte en matière de planning familial	29,1	pour cent
Santé maternelle et néonatale	20		Soins prénatals	77,9	pour cent
	44		Contenu des soins prénatals	88,8	pour cent
	4	17	Assistance par un personnel qualifié	39,0	pour cent
	5		Accouchements dans un établissement spécialisé	35,4	pour cent
Mortalité maternelle	3	16	Taux de mortalité maternelle	405	pour 100 000
DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT					
Développement de l'enfant	46		Soutien pour les études	6,1	pour cent
	47		Soutien paternel pour les études	18,6	pour cent
	48		Soutien pour les études : livres pour enfants	NA	pour cent
	49		Soutien pour les études : autres livres	NA	pour cent
	50		Soutien pour les études : matériel ludique	NA	pour cent
	51		Tuteur mineur	NA	pour cent
ÉDUCATION					
Éducation	52		Fréquentation du préscolaire	9,9	pour cent
	53		Prédisposition pour la scolarisation	15,1	pour cent
	54		Taux d'entrée net au cycle primaire	28,5	pour cent
	55	6	Taux de fréquentation net du cycle primaire	53,7	pour cent
	56		Taux de fréquentation net du cycle secondaire	7,7	pour cent
	57	7	Enfants atteignant le CM2	79,7	pour cent
	58		Taux de passage au cycle secondaire	18,9	pour cent
	59	7b	Taux d'achèvement des études primaires	4,1	pour cent
	61	9	Indice de parité des sexes		
			• école primaire	0,97	ratio
		• école secondaire	0,88	ratio	
Alphabétisation	60	8	Taux d'alphabétisation chez les adultes	28,6	pour cent
PROTECTION DE L'ENFANT					
Enregistrement des naissances	62		Enregistrement des naissances	38,9	pour cent
Travail des enfants	71		Travail des enfants	39,2	pour cent
	72		Élèves travailleurs	37,0	pour cent
	73		Travailleurs élèves	53,7	pour cent
Punitions de l'enfant	74		Punitions de l'enfant		
			Toute punition psychologique/physique	80,0	pour cent

Rubrique	Numéro Indicateur MICS	Numéro indicateur OMD	Indicateur	Valeur	
Mariage précoce et polygamie	67		Mariage avant 15 ans	7,3	pour cent
			Mariage avant 18 ans	27,3	pour cent
	68		Jeunes femmes de 15-19 ans mariées/en union	21,7	pour cent
	70		Polygamie	48,8	pour cent
	69		Différence d'âges entre conjoints (femmes de 15-19 ans)	51,2	pour cent
			Différence d'âges entre conjoints (femmes de 20- 24 ans)	48,0	pour cent
Excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	66		Approbation de l'E/MGF	27,9	pour cent
	63		Prévalence de l'E/MGF	44,5	pour cent
	64		Prévalence d'une forme extrême d'E/MGF	3,2	pour cent
	65		Prévalence de l'E/MGF chez les filles	35,0	pour cent
Violence domestique	100		Attitudes face à la violence domestique	51,5	pour cent
Handicap	101		Enfants handicapés	NA	pour cent
VIH/SIDA, COMPORTEMENT SEXUEL, ENFANTS ORPHELINS ET VULNÉRABLES					
Connaissances et comportements face au VIH/SIDA	82	19b	Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	15,8	pour cent
	89		Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	39,5	pour cent
	86		Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	75,2	pour cent
	87		Femmes connaissant les centres de dépistage du VIH	17,3	pour cent
	88		Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	6,0	pour cent
	90		Prise en charge psychologique pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	40,6	pour cent
	91		Dépistage pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	7,1	pour cent
Comportement sexuel	84		Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes (15 à 19 ans)	21,8	pour cent
	92		Différence d'âges entre partenaires sexuels	26,7	pour cent
	83	19a	Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	38,8	pour cent
	85		Rapports sexuels à haut risque au cours de l'année écoulée	60,6	pour cent
Soutien aux enfants orphelins et vulnérables	75		Prévalence d'orphelins	11,3	pour cent
	78		Conditions d'accueil des enfants	18,9	pour cent
	76		Prévalence d'enfants vulnérables	10,0	pour cent
	77	20	Fréquentation scolaire comparative orphelins/non-orphelins	0,97	Ratio
	81		Soutien extérieur aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	7,5	pour cent
	79		Malnutrition chez les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	1,09	Ratio
	80		Rapports sexuels précoces chez les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	1,03	Ratio

Table des matières

TABLEAU DE SYNTHESE DES RESULTATS	3
TABLE DES MATIERES	7
LISTE DES TABLEAUX	9
LISTE DES FIGURES	11
LISTE DES ABREVIATIONS	12
REMERCIEMENTS	13
RESUME ANALYTIQUE	14
I. INTRODUCTION	22
CONTEXTE	22
OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....	24
II. METHODOLOGIE D'ECHANTILLONNAGE ET D'ENQUETE	26
CONCEPTION DE L'ECHANTILLON	26
QUESTIONNAIRES.....	27
FORMATION ET TRAVAIL DE TERRAIN.....	29
SAISIE ET TRAITEMENT DES DONNEES.....	29
III. COUVERTURE DE L'ECHANTILLON ET CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES PERSONNES INTERROGEES	30
COUVERTURE DE L'ECHANTILLON	30
CARACTERISTIQUES DES MENAGES.....	30
CARACTERISTIQUES DES PERSONNES INTERROGEES.....	32
IV. MORTALITE DES ENFANTS	34
V. NUTRITION	38
STATUT NUTRITIONNEL	38
ALLAITEMENT AU SEIN	40
IODATION DU SEL	44
SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A	46
FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE	47
VI. SANTE DE L'ENFANT	50
COUVERTURE VACCINALE	50
TOXOÏDE TETANIQUE	54
TRAITEMENT DE LA DIARRHEE PAR LA REHYDRATATION ORALE	55
RECHERCHE DE SOINS ET TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DE LA PNEUMONIE	58
UTILISATION DE COMBUSTIBLES SOLIDES.....	60
PALUDISME	61
SOURCES ET COUTS D'APPROVISIONNEMENT	63
VII. ENVIRONNEMENT	66
EAU ET ASSAINISSEMENT.....	66

VIII. SANTÉ REPRODUCTIVE.....	71
CONTRACEPTION.....	71
BESOINS A COUVRIR.....	72
CONSULTATIONS PRENATALES.....	73
ASSISTANCE PENDANT L'ACCOUCHEMENT.....	74
MORTALITE MATERNELLE.....	76
IX. DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT.....	77
X. EDUCATION.....	78
SUIVI D'UN PROGRAMME D'EDUCATION PRESCOLAIRE ET PREDISPOSITION A LA SCOLARISATION.....	78
FREQUENTATION DE L'ECOLE PRIMAIRE ET SECONDAIRE.....	79
ALPHABETISATION DES ADULTES.....	82
XI. PROTECTION DE L'ENFANT.....	83
ENREGISTREMENT DE LA NAISSANCE.....	83
TRAVAIL DES ENFANTS.....	83
DISCIPLINE DES ENFANTS.....	85
MARIAGE PRECOCE ET POLYGAMIE.....	86
EXCISION/MUTILATION GENITALE FEMININE.....	89
VIOLENCE CONJUGALE.....	90
XII. VIH/SIDA, COMPORTEMENT SEXUEL ET ENFANTS ORPHELINS ET VULNERABLES.....	92
CONNAISSANCE DE LA TRANSMISSION DU VIH ET UTILISATION DU PRESERVATIF.....	92
COMPORTEMENT SEXUEL LIE A LA TRANSMISSION DU VIH.....	97
ENFANTS ORPHELINS ET VULNERABLES.....	99
LISTE DES RÉFÉRENCES.....	102
TABLEAUX.....	103
ANNEXE A : CONCEPTION D'UN ECHANTILLON.....	186
ANNEXE B : LISTE DU PERSONNEL AYANT PARTICIPE A L'ENQUETE.....	194
ANNEXE C : ESTIMATIONS DES ERREURS D'ECHANTILLONNAGE.....	196
ANNEXE D : TABLEAUX SUR LA QUALITE DES DONNEES.....	204
ANNEXE E : INDICATEURS MICS : NUMERATEURS ET DENOMINATEURS.....	211
ANNEXE F : QUESTIONNAIRES.....	217

Liste des tableaux

Tableau HH.1: Résultats des enquêtes auprès des ménages et des personnes.....	103
Tableau HH.2: Répartition par âge de la population des ménages par sexe.....	103
Tableau HH. 3: Composition des ménages.....	104
Tableau HH.4: Caractéristiques socioéconomiques des femmes.....	105
Tableau HH.5: Caractéristiques socioéconomiques des enfants de moins de 5 ans.....	106
Tableau CM. 1: Mortalité des enfants.....	107
Tableau CM. 2: Naissances et proportion de décès.....	107
Tableau NU. 1: Malnutrition infantile.....	108
Tableau NU. 2: Allaitement maternel initial.....	111
Tableau NU. 3: Allaitement maternel.....	112
Tableau NU. 4: Enfants bien nourris.....	114
Tableau NU. 5: Consommation de sel iodé.....	115
Tableau NU. 6: Compléments en vitamine A pour les enfants.....	116
Tableau NU. 7: Compléments en vitamine A pour les accouchées.....	117
Tableau NU. 8: Nourrissons nés avec une insuffisance pondérale.....	118
Tableau CH. 1: Vaccinations au cours de la première année.....	119
Tableau CH. 2: Vaccinations en fonction des caractéristiques socioéconomiques.....	120
Tableau CH. 3: Protection contre le tétanos néonatal.....	121
Tableau CH. 4: Traitement RVO.....	122
Tableau CH. 5: Traitement à domicile de la diarrhée.....	123
Tableau CH. 6: Consultations pour les enfants suspectés de pneumonie.....	124
Tableau CH. 7: Traitement à l'antibiotique de la pneumonie.....	125
Tableau CH. 8: Utilisation de combustibles solides.....	127
Tableau CH. 9: Utilisation de combustibles solides par type de fourneau ou de foyer.....	128
Tableau CH. 10: Disponibilité de moustiquaires imprégnés.....	129
Tableau CH. 11: Enfants dormant sous une moustiquaire.....	130
Tableau CH. 12: Traitement des enfants à l'aide d'antipaludéens.....	131
Tableau CH. 13: Traitement préventif intermittent du paludisme.....	132
Tableau CH. 14: Source et coût d'approvisionnement en moustiquaires imprégnées.....	133
Tableau CH. 15: Source et coût d'approvisionnement en antipaludéens.....	134
Tableau CH. 16: Source et coût d'approvisionnement en antibiotiques.....	135
Tableau CH. 17: Source et coût d'approvisionnement en sels RVO.....	136
Tableau EN. 1: Utilisation de sources d'eau améliorées.....	137
Tableau EN. 2: Traitement de l'eau dans les ménages.....	138
Tableau EN. 3: Temps d'accès au point d'eau.....	139
Tableau EN. 4: Personne chargée de la collecte de l'eau.....	140
Tableau EN. 5: Utilisation de sanitaires pour l'élimination des excréments.....	141
Tableau EN. 6: Élimination des excréments infantiles.....	143
Tableau EN. 7: Utilisation de sources d'eau et d'installations sanitaires améliorées.....	144
Tableau RH. 1: Utilisation de contraceptifs.....	145
Tableau RH. 2: Demande non couverte en matière de contraception.....	146
Tableau RH. 3: Prestataires de soins prénatals.....	147
Tableau RH. 4: Soins prénatals.....	148
Tableau RH. 5: Assistance pendant l'accouchement.....	150
Tableau RH. 6: Taux de mortalité maternelle.....	151

Tableau CD. 1: Soutien familial pour les études	152
Table ED. 1: Éducation pendant la petite enfance.....	153
Table ED. 2: Inscription à l'école primaire.....	154
Table ED. 3: Taux de fréquentation net du cycle primaire.....	155
Table ED. 4: Taux de fréquentation net du cycle secondaire.....	156
Table ED. 5: Enfants parvenus au CM2.....	158
Table ED. 6: Achèvement du cycle primaire et passage au cycle secondaire.....	159
Table ED. 7: Parité des sexes dans l'éducation.....	160
Table ED. 8: Alphabétisation des adultes.....	161
Tableau CP. 1: Enregistrement des naissances.....	162
Tableau CP. 2: Travail des enfants.....	163
Tableau CP. 3: Élèves travailleurs et travailleurs élèves.....	165
Tableau CP. 4: Discipline de l'enfant.....	166
Tableau CP. 5: Mariage précoce et polygamie.....	167
Tableau CP. 6: Différence d'âges entre conjoints.....	168
Tableau CP. 7: Excision/Mutilation génitale féminine (E/MGF).....	169
Tableau CP. 8: Excision/Mutilation génitale féminine (E/MGF) chez les filles.....	170
Tableau CP. 9: Attitudes face à la violence domestique.....	171
Table HA. 1: Connaissances en matière de prévention de la transmission du VIH.....	172
Table HA. 2 Identification des idées fausses sur le VIH/SIDA.....	173
Table HA. 3: Connaissances générales sur la transmission du VIH/SIDA.....	174
Table HA. 4: Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH.....	175
Table HA. 5: Attitudes face aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.....	176
Table HA. 6: Connaissance d'un centre de dépistage du VIH.....	177
Table HA. 7: Dépistage du VIH et prise en charge psychologique lors des visites prénatales.....	178
Table HA. 8: Comportement sexuel favorisant le risque d'infection au VIH.....	179
Table HA. 9: Utilisation d'un préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque.....	180
Table HA. 10: Conditions d'accueil des enfants et orphelinat.....	181
Table HA. 11: Prévalence de l'orphelinat et de la vulnérabilité chez les enfants.....	182
Table HA. 12: Fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables.....	183
Table HA. 13: Soutien aux enfants rendus orphelins et vulnérables par le SIDA.....	184
Table HA. 14: Malnutrition chez les enfants orphelins et vulnérables.....	185
Table HA.15: Comportement sexuel chez les jeunes femmes rendues orphelines et vulnérables par le SIDA.....	185

Liste des figures

Figure HH. 1: Pyramide des âges de la population des menages	31
Figure CM. 1: Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans selon les catégories socioéconomiques	35
Figure CM. 2: Tendence du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	36
Figure NU. 1: Pourcentage des enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition	39
Figure NU. 2: Pourcentage de mères ayant commencé l'allaitement moins d'une heure ou moins d'une journée après l'accouchement	42
Figure NU. 3: Modes d'alimentation des nourrissons par âge : Répartition en pourcentage des enfants de moins de 3 ans par mode d'alimentation et par groupe d'âges	43
Figure NU. 4: Pourcentage de ménages consommant du sel adéquatement iodé	45
Figure NU. 5: Pourcentage des enfants pesant moins de 2.500 grammes à la naissance	49
Figure CH. 1: Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu les vaccinations recommandées avant leur premier anniversaire	53
Figure CH. 2: Pourcentage des femmes ayant eu une naissance vivante dans les 12 derniers mois qui sont protégées contre le tétanos néonatal	55
Figure CH. 3: Pourcentage des enfants de 0-59 mois qui ont eu la diarrhée et qui ont reçu une RVO	57
Figure CH. 4: Pourcentage des enfants de 0-59 mois ayant eu la diarrhée et qui ont reçu un TRO et des liquides additionnels et ont continué l'allaitement	58
Figure EN. 1: Répartition en pourcentage des membres des ménages par source d'eau potable	67
Figure HA. 1: Pourcentage de femmes ayant des connaissances générales sur la transmission du VIH/SIDA	94
Figure HA. 2: Comportement sexuel favorisant le risque d'infection à VIH	98

Liste des abréviations

BCG	Bacille de Calmette et Guérin (Tuberculose)
CCA	Bilan Commun du Pays
CDE	Convention sur les Droits des Enfants
CEDAW	Convention contre toute forme de discrimination à l'égard de la femme
CO	Monoxyde de carbone
CPN	Consultations prénatales
DENARP	Document Stratégique de Lute contre la Pauvreté
DGP	Direction Générale du Plan
DIU	Dispositif intra-utérin
DTC	Diphthérie Tétanos Coqueluche
DR	District de Recensement
E/MGF	Excision/mutilation génitale féminine
EOV	Enfants orphelins et vulnérables
EST	Regroupement des régions de Bafata et Gabu
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
IPS	Indice de parité des sexes
INEC	Institut National de la Statistique et du Recensement
MAL	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle
MDE	Un monde Digne des Enfants
MI	Moustiquaire imprégnée
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
MINSAP	Ministère de la Santé Publique
MS	Ministère de la Santé
NCHS	National Center for Health Statistics, Etats-Unis
NORD	Regroupement des régions de Biombo, Cacheu et Oio
NY	New York
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEV	Programme élargi de vaccination
PNLP	Plan National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
Ppm	Parts par million
SAB	Secteur Autonome de Bissau (Ville de Bissau et banlieue)
SIDA	Syndrome d'immunodéficitaire acquis
SO2	Dioxyde d'azote
SPSS	Statistical Package for Social Sciences (logiciel)
SRO	Sels de réhydratation orale
SUD	Regroupement des régions de Bolama, Quinara et Tombali
TCI	Troubles liés à une carence en iode
TFN	Taux de fréquentation net
TPI	Traitement préventif intermittent
TRO	Thérapie de réhydratation par voie orale
UNDAF	Plan Cadre d'Aide au Développement des Nations Unies
UNGASS	Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour les Activités en Matière de Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

Menée en 2006 par le Ministère de l'Economie/Secrétariat d'Etat au Plan et à l'Intégration Régionale, à travers la Direction Générale du Plan et l'Institut National de la Statistique et du Recensement, l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) a fourni des informations précieuses et des indicateurs pertinents sur la situation des enfants et des femmes en Guinée-Bissau.

Le présent rapport qui en est tiré, répond aussi, en grande partie, aux besoins du suivi des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs et cibles visés dans les accords internationaux comme la Déclaration du Millénaire pour le Développement, le Plan d'Action d'un Monde Digne des Enfants ainsi que dans le Plan Stratégique de Lutte contre la Pauvreté.

La réussite de MICS 3, matérialisée par la mise à disposition de ce rapport, est rendue possible grâce à la collaboration et aux efforts constants déployés par le Gouvernement de la Guinée-Bissau et l'UNICEF, malgré les nombreux obstacles rencontrés au cours de l'exécution dudit projet.

La coordination de l'équipe technique du siège de l'Unicef à New York et celle du Bureau Régional de Dakar ont également apporté une généreuse contribution à la réussite du projet. Cette contribution de haute facture technique a apporté une garantie scientifique à la qualité des résultats de l'enquête et de ce rapport final. Qu'elles trouvent ici nos sincères remerciements.

Nos remerciements vont aussi à la Banque Mondiale, au Plan International de Guinée-Bissau, au Fonds des Nations Unies pour les Activités en Matière de Population (FNUAP) et au Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) qui, à un moment crucial ont apporté d'importantes contributions financières sans lesquelles la poursuite du projet aurait été compromise.

Nous adressons également nos très sincères remerciements aux autorités administratives et locales pour leur promptitude dans l'assistance apportée à l'enquête, aux femmes et aux hommes qui ont répondu à l'enquête, pour leur disponibilité, leur parfaite collaboration et la qualité des renseignements fournis à l'enquête.

Enfin, aux enfants qui ont enduré les dures épreuves de nos diverses manipulations durant les mesures anthropométriques (poids et taille) sur le terrain, nous présentons toutes nos excuses et leur souhaitons un bel avenir qu'une bonne utilisation des résultats de l'enquête contribuera à rendre plus radieux.

Résumé analytique

L'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 2006) de la Guinée-Bissau est la troisième série du genre, après celles de 1995 et 2000. Elle entre dans le cadre de la coopération entre la Guinée-Bissau et l'Unicef, pour le suivi des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs et cibles fixés dans les accords internationaux comme la Déclaration du Millénaire pour le développement adoptée par les Etats membres des Nations Unies en septembre 2000 et le Plan d'Action d'un Monde Digne des Enfants adopté en mai 2002, partant des promesses faites par la communauté internationale lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990.

La MICS 2006 vise principalement à mettre à la disposition de l'Etat et des partenaires au développement, des données pertinentes, désagrégées selon certaines catégories sociales d'intérêt pouvant aider dans la définition et la mise en œuvre de leurs interventions en faveur des enfants et des femmes en particulier. Elle vise aussi au renforcement des capacités nationales et institutionnelles en matière de collecte, de traitement et d'analyses des données, en vue de l'amélioration des systèmes de suivi évaluation dans les secteurs ciblés.

La MICS 3 est une enquête par sondage à couverture nationale, basée sur un échantillon de 5500 ménages représentatifs de l'ensemble du pays. Spécifiquement, elle a pour objectif d'estimer un grand nombre d'indicateurs relatifs à la situation des enfants et des femmes au niveau national et au niveau de certaines sous populations (femmes de 15 à 49 ans, enfants de moins de cinq ans).

Menée du 12 mai au 12 juin 2006, la collecte des données de la MICS 3 a permis de mesurer et d'actualiser les indicateurs se reportant à la mortalité des enfants, à la nutrition, à la santé de l'enfant, à l'environnement, à la santé reproductive, au développement de l'enfant, à l'éducation, à la protection de l'enfant et au VIH/SIDA, notamment en ce qui concerne le comportement sexuel et les enfants orphelins et vulnérables du fait du SIDA.

Les principaux résultats de l'enquête

Mortalité des enfants

La mortalité des enfants reste élevée, avec des différences de taux entre catégories sociales. Au niveau national, 138 enfants sur 1000 meurent avant d'avoir un an et 223 sur 1000 décèdent avant l'âge de cinq ans.

La probabilité de décéder est plus élevée chez les garçons : 152 pour mille contre 123 pour mille pour la mortalité infantile et 245 pour mille contre 200 pour mille pour la mortalité infanto-juvénile. Les disparités selon le niveau d'instruction de la mère et entre provinces, sont encore plus importantes. Les mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus ont les taux de mortalité les plus faibles : 75 pour mille pour la mortalité infantile et 99 pour mille pour la mortalité infanto-juvénile contre 109 et 164 respectivement pour les femmes ayant le niveau primaire et 150 et 250 respectivement pour celles qui n'ont pas fréquenté l'école. Ces taux sont aussi plus bas à SAB (89 pour mille et 143 pour mille respectivement) et plus élevés dans la province Est (152 pour mille et 257 pour mille respectivement). Les risques de décès sont aussi plus élevés en milieu rural et dans les ménages les plus pauvres.

Nutrition

Près d'un enfant de moins de cinq ans sur cinq (19,4%) souffre d'insuffisance pondérale modérée tandis que 4,0% souffrent d'insuffisance pondérale sévère. Plus de quatre enfants sur dix (40,9%) souffrent d'un retard de croissance modéré, et un enfant sur cinq (19,5%) est trop court pour son âge. Environ 7,2% des enfants sont émaciés de façon modérée et 1,7% sont trop maigres pour leur taille.

Moins de 23,0% des femmes ont commencé à allaiter leur nouveau-né dans l'heure qui a suivi la naissance et moins de deux tiers (65,4%) à moins d'un jour après la naissance.

L'allaitement exclusif est très peu pratiqué : seulement 21,4% des enfants de 0-3 mois sont allaités exclusivement au sein, 16,1% parmi les moins de six mois. A 6-9 mois, 35,2% sont allaités tout en recevant des aliments solides et semi-solides alors que 92,8% et 61,4% des enfants de 12-15 mois et ceux de 20-23 respectivement, continuent d'être allaités.

Seulement 16,1% des enfants de 0-5 mois bénéficient d'une nutrition adéquate ou allaitement exclusif considéré comme adéquat suivant les recommandations, signifiant qu'à cet âge, près de 84% des enfants ne sont pas nourris correctement. A 6-8 mois, 31,5% des enfants ont reçu le lait maternel et des aliments complémentaires au moins 2 fois au cours des 24 dernières heures, comme recommandé.

L'utilisation de sel adéquatement iodé est une pratique presque inconnue en Guinée Bissau. Moins d'un ménage sur dix (0,9%) utilise du sel dont la teneur est correcte (c'est-à-dire contenant >15 ppm), signifiant que la presque totalité des ménages consomment du sel inadéquatement iodé.

Près de six enfants de 6-59 mois sur dix (58,6%) ont reçu une dose élevée de suppléments en vitamine A, au cours des six mois qui ont précédé l'enquête. Cet apport en vitamine A est plus fréquent à SAB (71,7%) et en milieu urbain (66,6%) et moins répandu dans la province Sud (37,1%) et en milieu rural (55,4%). La proportion d'enfants touchés qui est de 63,4% pour les enfants 6-11 mois et de 58,0% pour ceux de 12-23 mois, baisse davantage pour les plus âgés.

Environ 57,4% des femmes ayant eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête, ont reçu un supplément en vitamine A, avant la huitième semaine suivant l'accouchement. Cette proportion est plus élevée à SAB (65,0%) et en milieu urbain (64,5%) et plus faible dans la province Nord (54,9%) et en milieu rural (54,6%).

Moins d'un enfant sur quatre (24,0%) a un poids à la naissance inférieur à la norme, soit 2500 grammes. La faiblesse du poids à la naissance est plus fréquente dans les provinces Est et Sud (respectivement 26,8% et 26,5%) qu'à SAB (19,5%).

Santé de l'enfant

Avant l'âge de 12 mois, 87,1% des enfants sont vaccinés contre le BCG, 80,1% ont reçu la DTC 1, 72,2% la DTC 2 et 59,1% la DTC 3. De même, 62,8% des enfants ont reçu le vaccin Polio 0, 84,9% le Polio 1, 74,1% le Polio 2 et 59,7% le Polio 3. Environ 71,2% des enfants ont reçu un vaccin contre la Rougeole. Au total, moins de quatre enfants sur dix (39,9%) ont reçu tous les vaccins.

Parmi les enfants de 12 à 23 mois, 88,9% ont reçu le vaccin du BCG (90,2% des garçons et 87,7% des filles). Ce taux de couverture est plus élevé à SAB (95,9%) et en milieu urbain (94,6%) que dans les provinces Nord (88,5%) et Sud (72,4%) et en milieu rural (86,6%).

Environ 68,0% des femmes sont protégées contre le tétanos dont 59,0% ont reçu au moins deux doses durant la grossesse, 7,4% au moins deux doses dans les trois précédentes années et seulement 1,0% au moins trois doses dans les cinq précédentes années. Les femmes instruites sont mieux protégées contre le tétanos maternel : 78,1% des femmes de niveau secondaire contre 74,2% des femmes de niveau primaire et 65,3% seulement de celles sans instruction.

Au cours des deux semaines précédant l'enquête, 12,4% des enfants de moins de cinq ans ont eu la diarrhée. De 7,8% parmi les moins de 6 mois, cette prévalence passe à 19,5% pour les enfants de 6-11 mois et à 21,4% pour ceux de 12-23 mois, avant de tomber à 4,4% pour ceux de 48-59 mois. Les pointes de forte prévalence (6-23 mois) coïncident avec le sevrage, période durant laquelle les risques de contamination par les aliments et l'environnement sont plus élevés.

Moins de la moitié des enfants (46,3%) ayant eu la diarrhée ont utilisé une forme quelconque de SRO. Parmi eux 14,1% ont reçu des fluides préparés à partir de paquets de SRO, 12,1% des fluides de SRO pré-conditionnés et 27,4% des fluides recommandés préparés à la maison. Pour ceux qui ont acheté leur SRO, le coût médian est de 1000 FCFA dans le public et 2376 FCFA dans le privé.

Environ 17,3% des enfants ayant eu la diarrhée ont bu plus que d'habitude, tandis que 24,7% ont bu autant ou moins. Moins de la moitié des enfants (44,4%) ont continué à s'alimenter en mangeant un peu moins, autant ou plus que d'habitude tandis que la majorité a mangé beaucoup moins que d'habitude ou presque rien. Un enfant sur quatre a reçu davantage de fluides tout en continuant à s'alimenter.

Seulement 4,3% des enfants ont présenté des symptômes de pneumonie au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. La prévalence est plus forte parmi les enfants des femmes de niveau secondaire ou plus (9,4%) et parmi les enfants des plus riches (7,0%).

Parmi ces enfants, 56,5% ont consulté un prestataire de soins de santé approprié : 28,1% dans un hôpital public, 22,8% dans un centre de santé public, 3,9% dans un poste de santé public et 4,3% ont été assistés par un travailleur de santé du village, tandis que 2,5% ont été consultés dans une clinique privée et 3,0% par un médecin privé. Parmi ces malades, 41,9% ont reçu un antibiotique (55% en milieu urbain et 33,0% en milieu rural). Pour ceux qui ont acheté leurs antibiotiques, le coût médian est de 1782 FCFA dans le public et 3000 FCFA dans le privé.

Environ un tiers (33,9%) des mères/personnes en charge connaissent les deux signes d'alerte de la pneumonie - à savoir «une respiration difficile» et «une respiration rapide» tandis que les symptômes les plus couramment cités nécessitant que l'enfant soit amené immédiatement dans un service de santé, sont par ordre d'importance, «quand l'enfant développe la fièvre» (87,6%) et «quand l'enfant devient plus malade» (69,8%).

Dans l'ensemble, 98,4% des ménages utilisent des combustibles solides pour faire la cuisine et quelle que soit la catégorie socioéconomique considérée, l'utilisation de combustibles est presque généralisée (entre 93,0% et 99,0%). Près de sept ménages sur dix (68,9%) utilisent le bois pour la cuisson de leurs repas et 29,3% ont recours au charbon de bois.

Près de huit ménages sur dix (79,2%) possèdent au moins une moustiquaire dont seulement 43,6% ont au moins une moustiquaire imprégnée. Environ 73,2% des enfants ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête et 39,0% ont dormi sous une moustiquaire imprégnée. Pour ceux qui ont acheté une moustiquaire traitée, le coût médian est de 1000 FCFA dans le public et 4945 FCFA dans le privé.

La prévalence de la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête est de 13,5% avec une pointe à 12-23 mois (16,5%). Moins de la moitié des enfants fébriles (45,7%) ont été traités avec un antipaludéen "approprié" et 27,2% ont reçu des antipaludéens dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition des symptômes : 41,1% ont reçu de la chloroquine et 2,3% du SP/Fansidar. Pour ceux qui ont acheté leurs anti-paludéens, le coût médian est de 1500 FCFA dans le public et 2000 FCFA dans le privé.

Concernant le traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des deux années précédant l'enquête, 60,3% ont reçu un médicament contre le paludisme durant leur grossesse. Parmi elles, 7,4% ont reçu 2 doses ou plus de SP/Fansidar et 48,8% ont reçu la chloroquine.

Environnement

Près de six personnes sur dix (59,9%) utilisent une source d'approvisionnement en eau améliorée : 82,3% en milieu urbain et moins de la moitié (47,0%) en milieu rural. Les habitants de SAB (92,1%), les plus riches (91,4%) et les autres citadins sont les mieux dotés. Les principales sources d'eau potable sont les puits protégés (21,6%) et les puits à pompe/forage (17,3%). A SAB la Capitale, seulement 11,8% de la population ont l'eau potable directement d'un robinet à l'intérieur du logement tandis 30,0% disposent d'un robinet dans leur cour/parcelle.

Seulement 22,4% des ménages ont la source d'approvisionnement en eau de boisson sur place, c'est-à-dire à domicile. Ce type d'accès est plus répandu à SAB (52,3%), en milieu urbain (41,4%), dans les ménages les plus riches (58,1%) et ceux dirigés par un chef ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus. Pour 34,1% des ménages, il faut se déplacer, même s'il faut moins de 15 minutes pour aller à la source d'approvisionnement en eau et revenir à la maison. Un ménage sur cinq consacre entre 15 et moins de 30 minutes à cette tâche et pour 13,3% des ménages, il faut 30 minutes à moins d'une heure pour aller à la source et revenir. Pour ceux qui n'ont pas l'eau sur place, le temps moyen pour se rendre à la source d'approvisionnement et revenir, est de 21,3 minutes.

Dans la plupart des ménages (93,1%), c'est une femme adulte qui est généralement chargée de la collecte de l'eau de boisson, quand la source se trouve hors du domicile.

Seulement 11,4% de la population vivent dans des ménages dotés d'installations sanitaires pour l'évacuation des excréments humains. C'est dans les ménages les plus riches (48,5%), à SAB (37,1%) et en milieu urbain (28,7%) que ces installations sanitaires sont plus fréquentes, si on les compare aux ménages de la province Nord (3,5%), aux ménages ruraux (1,9%) et à ceux des plus pauvres (0,1%) pour lesquelles l'évacuation saine des excréments humains constitue un réel problème de santé publique.

Moins de 5,0% des ménages utilisent des toilettes dont la chasse d'eau est reliée à un système d'égouts, à des fosses septiques ou des latrines tandis que 2,6% disposent de latrines avec décharges d'eau et 3,9% de latrines améliorées. Cette pratique est plus répandue chez les plus riches (22,7%), à SAB (17,9%), parmi les ménages dont le chef a le niveau d'instruction secondaire ou plus (17,7%) et en milieu urbain (13,0%).

La proportion d'enfants âgés de 0 à 2 ans dont les excréments sont évacués sainement est estimée à 35,4% au niveau national (58,5% en milieu urbain et 26,1% en milieu rural). Cette proportion est de 62,2% à SAB et moins du tiers dans les provinces. Les plus riches et les plus instruits sont aussi relativement plus nombreux à évacuer sainement les excréments de leurs enfants (respectivement 63,2% et 60,9%).

S'agissant des sources d'approvisionnement en eau améliorées et des moyens d'évacuation des excréments améliorés, peu de ménages bénéficient d'une bonne couverture : 10,0% seulement utilisent les deux sources à la fois. En milieu urbain, plus d'un ménage sur quatre (26,5%) dispose de ces deux sources améliorées tandis qu'en milieu rural, un ménage sur cent (1,0%) seulement y a accès.

Santé reproductive

Parmi les femmes mariées ou en union, 10,3% utilisent actuellement la contraception. La prévalence de la contraception est plus élevée à SAB (20,8% des femmes) et en milieu urbain (19,0%). Environ 6,1% des utilisatrices ont recours à une méthode moderne et 4,2% à une méthode traditionnelle. La méthode la plus répandue est l'allaitement maternel et l'aménorrhée lactationnelle (MAL), utilisée par 3,5% des femmes mariées ou vivant en union. Suivent le DIU (2,9%) et la pilule (1,3%).

Actuellement, le total des besoins de contraception non satisfaits est de 25,0%. La demande de contraception satisfaite est estimée à 29,1%, avec des variations importantes entre zones géographiques (48,3% à SAB contre 9,0 à 31,0% dans les provinces).

Près de 78,0% des femmes de 15-49 ans ont reçu des soins prénatals auprès d'un personnel qualifié (médecin, infirmière ou sage-femme), au moins une fois pendant leur grossesse. Cette couverture augmente sensiblement avec le niveau d'instruction de la femme : 74,9% pour les femmes sans instruction, 82,2% pour celles qui ont le niveau primaire et 92,4% pour celles qui ont atteint le niveau secondaire ou supérieur.

Moins de 15,0% des femmes ont été consultées par un médecin, 47,4% par une infirmière ou une sage-femme et 15,7% par une sage-femme auxiliaire. La qualité du personnel de santé qui dispense les soins prénatals augmente avec le niveau d'instruction de la femme, le niveau de vie de son ménage et son milieu de résidence. Ainsi, 33,1% des femmes les plus instruites, 26,9% des femmes les plus riches et 24,6% des habitantes de SAB, font appel à un médecin pour leurs consultations.

Près 52,0% des femmes ont fait un test sanguin, 73,0% se sont fait prendre la tension artérielle, 53,2% un prélèvement d'urine et 79,7% ont fait prendre leur poids.

Environ 39,0% des accouchements ont été assistés par un personnel qualifié. Ce pourcentage est plus élevé à SAB (70,4%) et en zone urbaine (68,7%), parmi les plus riches (78,5%) et parmi les plus instruites (80,1%). Il est plus bas dans la province Est (24,0%), en zone rurale (26,8%) et parmi les femmes sans instruction (28,0%) et les plus pauvres (19,4%).

Dans la période des 10-14 ans précédant l'enquête, le taux de mortalité maternelle est estimé à 405 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Développement de l'enfant

Pour 6,1% des enfants de moins de cinq ans, un adulte était impliqué avec eux durant les trois jours précédant l'enquête, dans quatre activités ou plus, favorisant l'apprentissage et la maturité scolaire. Le père n'est engagé que dans 18,6% des cas.

Education

Moins d'un enfant de 36 à 59 mois sur dix suit un programme d'éducation préscolaire. Sur ce plan, la parité entre garçons et filles est presque parfaite (9,8% de garçons et 10,0% de filles).

Parmi les enfants en âge officiel d'entrer à l'école primaire (7 ans), 28,5% sont présentement inscrits en première année du primaire. Plus de la moitié (53,7%) des enfants en âge d'être au primaire (7-12 ans) sont à l'école (68,9% en milieu urbain et 46,4% en milieu rural). Les différences liées au genre sont négligeables (54,4% des garçons contre 52,8% des filles).

Le taux net de scolarisation des enfants de 7-12 ans dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus est de 80,5%, tandis qu'il est de 48,4% seulement parmi les enfants dont la mère n'est pas instruite. Dans les ménages les plus riches, ce taux est de 72,1%, tandis qu'il est de 43,1% dans les ménages les plus pauvres.

Le taux net de fréquentation du secondaire ou du supérieur des enfants âgés de 13-17 ans n'est que de 7,7%, avec un avantage négligeable des garçons sur les filles (8,2% contre 7,2%).

Parmi les enfants qui entrent en première année, seuls 79,7% atteignent la cinquième année. Il n'existe pratiquement pas de différence liée au genre (80,3% pour les garçons et 79,2% pour les filles).

Seulement 4,1% des enfants en âge d'achever le cycle primaire (12 ans) étaient en dernière année du cycle primaire.

Le pourcentage de femmes de 15-24 ans qui savent lire et écrire est estimé à 28,6% seulement, avec des disparités géographiques importantes : 50,9% en milieu urbain contre 10,1% en milieu rural) et 54,1% à SAB contre moins de 20,0% dans les autres provinces.

Protection de l'enfant

Moins de quatre enfants de moins de cinq ans (38,9%) ont été déclarés à l'état civil. Si la différence liée au genre est faible (40,4% des garçons et 37,4% des filles), l'écart en faveur du milieu urbain est net (53,1% contre 33,1%).

Durant la semaine précédant l'enquête, près de quatre enfants de 5-14 ans sur dix (39,2%) étaient impliqués dans des activités de travail (41,1% pour les garçons et 37,0% pour les filles). Ce pourcentage est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (47,7% contre 22,0%). Parmi les enfants travailleurs, plus du tiers (35,4%) travaillaient dans l'entreprise familiale et seulement 4,4% étaient impliqués dans des activités domestiques pour 28 heures ou plus par semaine. Le travail en dehors du ménage touche 5,2% des enfants dont 2,1% ont un travail rémunéré.

Près de 80,0% des enfants de 2 à 14 ans ont subi au moins une forme de punition psychologique ou physique de la part de leurs mères/personnes en charge ou d'autres membres du ménage. En particulier, près de 28,0% des enfants ont fait l'objet de corrections physiques sévères. En outre, une mère/personne en charge sur quatre, pense que les enfants doivent être corrigés physiquement, ce qui explique la forte prévalence des punitions.

Dans l'ensemble, 7,3% des femmes se marient avant l'âge de 15 ans et 27,3% avant l'âge de 18 ans. Au moment de l'enquête, plus d'une femme de 15-19 ans sur cinq (21,7%) était en mariage ou en union et près de la moitié (48,8%) était en mariage ou en union polygamique. La polygamie est moins répandue parmi les plus instruites (21,0% contre 54,0% pour les non instruites), à SAB

(32,0% contre 49,0 à 54,0% dans les autres Provinces), parmi les plus riches (33,5% contre 52,0% pour les plus pauvres). Elle augmente aussi avec l'âge.

L'excision qui touche 44,5% des femmes de 15-49 ans, est plus répandue dans la province Est du pays (92,7%), parmi les femmes sans instruction (54,4%) et les Fula/Mandinga (95,2%). Elle est plus faible dans la province Nord (28,7%), parmi les plus instruites (21,3%), les Balantes et les Brames (respectivement 6,2% et 6,5%). L'enlèvement de la chair, forme extrême de l'excision ou infibulation, est le type d'excision le plus pratiqué (91,7% des cas). Près de six femmes sur dix (59,3%) pensent que cette pratique doit cesser tandis qu'une proportion non négligeable (27,9%) croit qu'elle doit continuer.

Plus de la moitié des femmes (51,5%) trouvent que leurs maris/partenaires peuvent les battre pour l'une quelconque des raisons ciblées, notamment 'le fait de négliger les enfants', 'le fait de sortir sans prévenir le mari/partenaire', 'le fait de le tenir tête dans une discussion', 'le fait de brûler la nourriture' et 'le refus des rapports sexuels'. Si l'attitude envers la violence faite aux femmes est la même, quel que soit le milieu de résidence, en revanche, les femmes les plus jeunes sont moins réceptives à cette forme de violence (41,3% des 15-19 ans).

VIH/SIDA, Comportement sexuel, enfants orphelins et vulnérables

La plupart des femmes (72,4%) ont entendu parler du SIDA mais 32,1% seulement connaissent les trois principaux moyens de prévenir la transmission du VIH : 53,1% savent qu'il faut avoir un partenaire sexuel fidèle et non infecté et 49,4% savent qu'il faut utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel.

Parmi elles, 18,1% rejettent les deux conceptions erronées les plus répandues et 37,0% savent qu'une personne qui semble bien portante peut être infectée. Près de 47,0% des femmes savent que le VIH/SIDA ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels et 35,2% savent que le VIH/SIDA ne peut pas être transmis par des piqûres de moustique.

Dans l'ensemble, 58,2% des femmes savent que le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant, 39,5% connaissent tous les trois modes de transmission du virus de la mère à l'enfant, tandis que 14,2% ne connaissent aucun mode de transmission spécifique.

Près d'un quart des femmes de 15-49 ans (24,8%) ne sont pas d'accord avec l'attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes malades du SIDA. En outre, 20,6% des femmes n'auraient pas pris soin d'un membre du ménage malade du SIDA, 42,7% aimeraient garder le secret si un membre du ménage a le SIDA, 41,8% pensent qu'une enseignante ne devrait pas être autorisée à enseigner à l'école et 48,0% n'achèteraient pas des légumes frais à un vendeur malade du SIDA. Plus de trois quarts des femmes (75,2%) sont d'accord avec au moins une attitude discriminatoire.

Seulement 17,3% des femmes connaissent un centre de dépistage du VIH/SIDA, tandis que 6,0% ont effectué le test. Parmi ces dernières, 81,0% ont reçu le résultat de leur test.

Au niveau national, 21,8% des femmes de 15-19 ans ont eu des rapports sexuels avant d'avoir 15 ans et 64,5% des femmes de 20-24 ans avant 18 ans. Plus d'une femme sur quatre (26,7%) a eu des rapports sexuels durant les douze mois précédant l'enquête avec des hommes dix ans ou plus, plus âgés qu'elles. Près de deux femmes de 15 à 24 ans sur trois (65,4%) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédant l'enquête. Sur ces dernières, seulement 38,8% ont utilisé un préservatif lors de ces rapports à haut risque

Parmi les enfants de 10 à 14 ans, 1,8% ont perdu leurs deux parents dont 69,3% seulement fréquentent l'école actuellement. Parmi les enfants de 0-17 ans ne vivant avec aucun des deux parents, 13,7% ont les deux parents en vie, 1,4% ont perdu les deux parents, 1,3% ont seulement le père en vie et 2,5% seulement la mère en vie.

Un enfant de 0-17 ans sur dix est vulnérable, 11,3% ont l'un ou les deux parents décédés et près d'un enfant sur cinq (19,3%) est orphelin et vulnérable. La vulnérabilité des enfants est près de deux fois plus fréquente en milieu urbain (14,5% contre 7,8% en milieu rural), à SAB en particulier (16,3%).

Seulement 7,5% des enfants orphelins ont reçu un soutien. Parmi les ménages ayant à leur charge des enfants orphelins, 4,4% ont reçu un soutien médical et 3,2% un soutien pour la scolarité au cours des douze derniers mois. Au cours des trois derniers mois, 1,3% ont reçu un soutien psychologique ou émotionnel et 1,2% un soutien matériel/social.

I. Introduction

Contexte

Ce rapport est basé sur l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples menée en Guinée-Bissau en 2006 par le Ministère de l'Economie/Secrétariat d'Etat au Plan et à l'Intégration Régionale, à travers la Direction Générale du Plan et l'Institut National de la Statistique et du Recensement. Cette enquête fournit des informations précieuses sur la situation des enfants et des femmes en Guinée-Bissau, et se base en grande partie sur la nécessité de surveiller la progression vers les objectifs et cibles émanant d'accords internationaux récents: la Déclaration du Millénaire pour le développement, adoptée par tous les 191 Etats membres des Nations Unies en septembre 2000 et le Plan d'Action d'un Monde Digne des Enfants, adopté par 189 Etats membres lors d'une session spéciale des Nations Unies sur les enfants en mai 2002. Ces deux engagements se basent sur les promesses faites par la communauté internationale lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990.

En signant ces accords internationaux, les gouvernements se sont engagés à améliorer les conditions de vie de leurs enfants et à surveiller les progrès réalisés dans ce sens. L'encadré ci-dessous montre le rôle de soutien que l'UNICEF s'est vu attribuer dans le cadre de cette mission.

L'enquête MICS 3 s'est déroulée entre la préparation du nouveau programme de coopération du système des Nations Unies avec le gouvernement (le processus du CCA/UNDAF) et la tenue de la Table Ronde de Genève qui a réuni les dirigeants du pays avec ses principaux bailleurs de fonds. Sa réalisation et ses résultats vont faciliter la préparation des prochains rapports du pays sur les objectifs du sommet Mondial et de la Session Spéciale des Nations Unies sur "Un Monde Digne des Enfants".

Depuis la fin de la guerre de 1988-89 qui a eu un impact négatif sur les conditions de vie des populations, la situation économique, politique et sociale de la Guinée-Bissau est restée difficile.

Le produit intérieur brut réel du pays n'a augmenté que de 1% entre 2000 et 2004. Le haut degré d'instabilité n'a pas permis au gouvernement de centrer ses initiatives sur la recherche de voies et moyens pour faire face aux défis du développement, notamment la réduction de la pauvreté et la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Malgré toutes ces difficultés, l'initiative de préparer un Plan de Réduction de la Pauvreté (DENARP) reste d'actualité. C'est ainsi qu'en 2005, seules certaines révisions furent nécessaires sur le document initial, pour finaliser et valider la version du plan de stratégie de réduction de la pauvreté. C'est ainsi que le gouvernement y a introduit de nouvelles priorités comme la réforme du secteur de la sécurité.

Un engagement à l'action: Responsabilités nationales et internationales de compte-rendu

Les gouvernements qui ont signé la Déclaration du Millénaire pour le développement ainsi que la Déclaration et le Plan d'Action pour un Monde digne des enfants se sont également engagés à surveiller les progrès réalisés pour atteindre les buts et les objectifs qu'ils contiennent:

"Nous allons surveiller régulièrement au niveau national et régional si c'est nécessaire et évaluer les progrès dans le cadre de la réalisation des objectifs du présent Plan d'Action au niveau national, régional et international. De même, nous allons renforcer notre capacité statistique nationale à recueillir, analyser et subdiviser les données, selon le sexe, l'âge et d'autres facteurs pertinents qui pourraient engendrer des disparités et soutenir un large éventail de travaux de recherche sur les enfants. Nous allons renforcer la coopération internationale afin de soutenir les efforts de renforcement des capacités statistiques et de renforcer les capacités communautaires de surveillance, d'évaluation et de planification". (Un Monde Digne des enfants, paragraphe 60).

"...Nous allons effectuer des révisions périodiques des progrès au niveau national et sous national afin de lever les obstacles de manière plus efficace et d'accélérer les actions...." (Un Monde Digne des enfants, paragraphe 61).

Le Plan d'Action (paragraphe 61) préconise également l'implication spécifique de l'UNICEF dans la rédaction de rapports d'étape périodiques:

"...Alors qu'il est demandé à l'agence mondiale pour les enfants, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, de continuer à recueillir et à diffuser, en étroite collaboration avec les Gouvernements, les organismes de financement appropriés, les programmes et agences spécialisées du système des Nations Unies et tous les autres acteurs concernés, les informations sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Déclaration et du Plan d'Action".

De la même façon, la Déclaration du Millénaire pour le développement (paragraphe 31) suggère la rédaction périodique de rapports sur ces progrès:

"...Nous demandons à l'Assemblée Générale de réviser régulièrement les progrès réalisés dans l'application des dispositions de cette Déclaration, et demandons au Secrétaire Général de publier des rapports périodiques à soumettre à l'Assemblée Générale et qui serviront de base à d'autres actions".

Le premier rapport sur l'analyse la pauvreté et la réalisation des OMD, décrit la situation économique et sociale de la Guinée-Bissau comme déplorable. Ce rapport a montré que la Guinée-Bissau avançait très lentement dans la réalisation des OMD. Deux tiers des Bissau Guinéens vivent en dessous de la ligne de pauvreté absolue. Le déclin économique persistant a ainsi conduit à une aggravation de la pauvreté dans le pays. Les objectifs d'éducation pour tous et d'égalité des sexes progressent très lentement par rapport au calendrier des engagements internationaux qui fixent les délais de réalisation à 2015. La mortalité infantile a atteint un niveau alarmant : avant la MICS 3 de 2006, un enfant sur cinq mourrait avant d'atteindre son cinquième anniversaire. Dans le même temps, la mortalité maternelle avait aussi atteint des proportions inquiétantes. Selon l'OMS et l'UNICEF, un nombre important de femmes (1 100 pour 100 000) mourrait en donnant naissance.

Là où une baisse progressive de la mortalité des enfants était attendue, les taux ont augmenté très sensiblement. En effet, les résultats de la MICS ont montré une augmentation, aussi bien du taux de mortalité infantile que de celui de la mortalité infanto-juvénile.

La pandémie du VIH, la malaria et la tuberculose, continuent de se répandre et les tendances doivent être inversées pour une amélioration notable de la santé des populations. L'approvisionnement en eau potable, l'amélioration des installations sanitaires et l'accès à des conditions décentes d'habitation, sont encore un luxe dans le

pays. La couverture en services sociaux de base reste très faible et les conditions de vie reposent sur des équilibres fragiles, situation peu favorable à une amélioration de l'espérance de vie à la naissance estimée à 45 ans, à peine.

La stratégie adoptée par les décideurs nationaux pour le respect des engagements pris lors de la Session Spéciale des Nations Unies sur les Enfants et inscrits dans ``Un Monde Digne des Enfants`` consiste en l'élaboration de l'Agenda Politique signé par tous les 21 Partis Politiques et Coalitions concourant à l'élection législative de 2004 et l'Agenda Présidentiel signé par tous les 13 candidats concourant à l'élection présidentielle de 2005. Ces deux agendas visent à responsabiliser les partis politiques et les candidats aux différentes élections, à prendre des actions visant l'amélioration de la situation des enfants, en conformité avec les dispositions aussi bien de la CDE que celles de la CEDAW et des OMD.

Le suivi soutenu de la situation des enfants et des femmes devait faire l'objet d'un système permanent de collecte de données placé dans un service du gouvernement sous la responsabilité de cadres expérimentés dans la collecte, le traitement et l'analyse des données. A l'absence d'un tel système, seule l'enquête MICS permet actuellement de mettre de nouvelles données à la disposition des décideurs, en actualisant périodiquement les indicateurs sur la situation des enfants et des femmes. Elle permet aussi, le renforcement des capacités des techniciens du gouvernement, dans l'utilisation de nouvelles techniques de collecte, de traitement et d'analyse des données.

Au moment de l'enquête MICS 3, le gouvernement et le système des Nations Unies s'étaient engagés dans l'élaboration du nouveau Plan de Coopération 2008-2012. L'enquête MICS 3 a servi de support au rapport sur l'Analyse Commune du Pays en fournissant des indicateurs actualisés. Ces indicateurs ont aussi contribué à l'actualisation des données insérés dans les objectifs du nouveau UNDAF (Plan Cadre d'Aide au Développement des Nations Unies).

Ce rapport final présente les principaux résultats de l'enquête. Il traite de l'ensemble des thèmes couverts dans le questionnaire.

Objectifs de l'enquête

L'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples 2006 de la Guinée-Bissau a comme principaux objectifs :

- d'apporter des informations récentes permettant l'évaluation de la situation des enfants et des femmes en Guinée-Bissau ;
- de fournir des données nécessaires au suivi des progrès dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, des objectifs d'un Monde Digne des Enfants (MDE) et d'autres objectifs fixés au plan international ;

- de contribuer à l'amélioration des systèmes de collecte et de surveillance des données en Guinée-Bissau et de renforcer l'expertise technique en matière de conception, de mise en oeuvre et d'analyse de ces systèmes.

II. Méthodologie d'échantillonnage et d'enquête

Conception de l'échantillon

L'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 2006) est une enquête par sondage aléatoire à couverture nationale, c'est-à-dire une enquête basée sur un échantillon de ménages représentatif de l'ensemble du pays. Elle vise à estimer un grand nombre d'indicateurs relatifs à la situation des enfants et des femmes au niveau national et au niveau de certaines sous-populations ou entités territoriales.

L'enquête repose sur un sondage à deux degrés avec stratification au premier degré. Les unités statistiques du premier degré ou unités primaires sont les districts de recensement (DR) définis lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1991. Ce sont des subdivisions territoriales comptant environ 800 habitants chacune, créées pour faciliter la mise en œuvre du recensement de la population. Elles sont au nombre de 1 232 et constituent la base de sondage du premier degré du sondage.

Le critère de stratification retenu pour l'enquête est le milieu de résidence, ce qui permet d'observer séparément les ménages ruraux et les ménages urbains dans chaque région. Ce critère de division de chaque région du pays en deux strates a conduit à la définition de 16 strates pour les 8 régions du pays et d'une 17^{ème} strate dénommée SAB ou Secteur Autonome de Bissau, constituée par la ville de Bissau et de sa banlieue. Cependant, produire des résultats significatifs au niveau régional, c'est-à-dire des estimations séparées et d'une précision suffisante pour chaque région, nécessiterait une taille d'échantillon assez élevée qui conduirait à une augmentation du coût de l'enquête. Les régions n'ont donc pas été retenues comme des domaines d'étude. Ainsi, selon leur similitude sur plusieurs aspects, les 8 régions de Oio, Cacheu, Biombo, Bafata, Gabu, Bolama/Bijagos, Quinara et Tombali, ont été regroupées en 3 provinces (Nord, Est et Sud) tandis que la Ville de Bissau a été considérée comme une quatrième province sous l'appellation de SAB ou Secteur Autonome de Bissau. Le tableau ci-dessous donne la répartition des grappes ou districts de recensement (DR) échantillons selon la province, la région et le milieu de résidence.

Tableau 0 : Répartition des grappes tirées selon la province, la région et le milieu de résidence

Province	Région	Milieu de résidence		
		Rural	Urbain	Total
Nord	Oio	46	10	129
	Cacheu	34	18	
	Biombo	17	4	
SAB	Ville de Bissau	...	46	46
Est	Bafata	37	14	100
	Gabu	39	10	
Sud	Bolama/Bijagos	9	4	55
	Quinara	11	5	
	Tombali	21	5	
Ensemble du pays		214	116	330

Ces quatre provinces ainsi que le milieu urbain et le milieu rural ont été traités comme des domaines d'étude. Dans la suite, les termes 'la région' ou les 'régions' sont utilisés indifféremment pour désigner 'la province'. La langue maternelle a aussi fait l'objet de regroupements basés sur le partage de certaines valeurs traditionnelles, pratiques religieuses et autres facteurs culturels. Quatre groupes linguistiques ont été définis :

- le groupe singulier des Balantes ;
- le groupe des Fula/Mandinga composé des fulas, des mandingas et des beafadas ;
- le groupe des Brames, composé des papels, des mancanhas, des manjacos et des afins ;
- le groupe Autres langues, constitué de toutes les autres langues parlées.

Un échantillon de districts de recensement est sélectionné au premier degré. La base de sondage du deuxième degré ou base de sondage des unités secondaires est constituée par les ménages des districts de recensement tirés au premier degré. Du fait que les données du recensement de 1991 sur l'identification et la localisation des ménages d'un DR n'étaient plus actuelles en 2006, on a dû procéder à un nouveau dénombrement des ménages dans chacun des DR tirés au premier degré afin d'actualiser la base de sondage du second degré, c'est-à-dire la liste des ménages composant chaque DR tiré.

On a fait appel à un tirage systématique avec probabilités égales au premier degré de sondage. Au total, 330 districts de recensement ont été tirés. La répartition de l'échantillon des 330 districts n'est pas uniforme dans les 17 strates, vu la nécessité de sur-échantillonner les strates faiblement représentées dans l'univers sondé. Sur les 330 DR tirés, 321 ont été effectivement enquêtés. Les 9 DR qui n'ont pu être enquêtés pour des raisons d'insécurité, se situent dans la partie Nord de la région de Cacheu particulièrement touchée par la guerre.

Au second degré, les ménages ont été sélectionnés selon le mode de tirage systématique avec probabilités égales. Le nombre de ménages tirés dans chaque district de recensement est proportionnel à la taille du district de recensement en nombre de ménages. Au total, un échantillon de 5 500 ménages a été sélectionné. Le taux de sondage au niveau national est de 0,042, soit en moyenne 4,2 ménages sur 100.

L'extrapolation des résultats de l'échantillon à l'ensemble du pays est fondée sur des estimations utilisant des poids de sondage appropriés affectés aux ménages observés dans les districts de recensement enquêtés. Le plan de sondage détaillé est décrit dans l'Annexe A.

Questionnaires

Trois types de questionnaires comprenant différents modules chacun, ont été utilisés dans l'enquête :

- un questionnaire ménage pour recueillir des informations sur tous les membres

de fait du ménage, sur le ménage et sur le logement du ménage ;

- un questionnaire « femme » administré dans chaque ménage à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, et
- un questionnaire, administré aux mères ou personnes en charge des enfants de moins de cinq ans vivant dans le ménage.

1. Le questionnaire « ménage » comprend les modules suivants :

Module I : Information sur le ménage
Module II : Liste des membres du ménage
Module III : Education
Module IV : Eau et assainissement
Module V : Caractéristiques des ménages
Module VI : Moustiquaires imprégnées
Module VII : Enfants orphelins et vulnérables
Module VIII : Travail des enfants
Module IX : Discipline des enfants
Module X : Mortalité maternelle
Module XI Iodisation du sel

2. Le questionnaire individuel « femme » comprend les modules suivants :

Module XII : Information sur la femme
Module XIII : Mortalité de l'enfant
Module XIV : Toxoïde tétanique
Module XV : Santé maternelle et du nouveau-né
Module XVI : Mariage et union
Module XVII : Contraception
Module XVIII : Excision/mutilations génitales féminines
Module XIX : Attitudes face à la violence conjugale
Module XX : Comportement sexuel
Module XXI : Connaissance du VIH

3. Le questionnaire « enfant » comprend les modules suivants :

Module XXII : Information sur l'enfant
Module XXIII : Enregistrement de la naissance à l'état-civil
Module XXIV : Vitamine A
Module XXV : Allaitement
Module XXVI : Traitement des maladies
Module XXVII : Paludisme
Module XXVIII : Vaccination
Module XXVIX : Anthropométrie

Ces questionnaires sont basés sur le modèle standard de la version anglaise du questionnaire MICS 3¹. La traduction française nous a servi de modèle pour la rédaction des trois questionnaires en langue portugaise. Les questionnaires ont ensuite fait l'objet d'une enquête pilote réalisée dans les DR de Bissau et de Biombo dans la deuxième semaine du mois de mars 2006. Sur la base des résultats de l'enquête pilote, des modifications ont été apportées à la formulation des questionnaires. Une copie de ces questionnaires est donnée dans l'Annexe F.

En plus de l'administration des questionnaires, les équipes en charge du travail de terrain ont testé la teneur en iode du sel de cuisine utilisé par les ménages et mesuré le poids et la taille des enfants de moins de 5 ans. Les détails et conclusions de ces tests et mesures sont présentés dans les chapitres respectifs du rapport.

Formation et travail de terrain

La formation du personnel de terrain a été menée du 29 mars au 12 avril 2006, soit 15 jours. La formation comprenait des cours sur les techniques d'enquêtes et les contenus des différents questionnaires ainsi que des interviews simulées entre les stagiaires pour leur permettre de s'habituer à poser des questions.

Pendant les 5 derniers jours de la formation, 10 stagiaires (5 enquêteurs et 5 enquêtrices), un superviseur et un chauffeur, ont été sélectionnés pour mener l'enquête pilote à Bissau et à Biombo.

Le travail de terrain a commencé le 12 mai 2006 et s'est terminé le 12 juin 2006. Les données ont été collectées par 6 équipes, comprenant au total 74 enquêteurs (37 enquêteurs et 37 enquêtrices), 12 chauffeurs, 6 éditeurs et 6 superviseurs.

Saisie et traitement des données

Les données ont été saisies en utilisant le logiciel CSPro sur 15 ordinateurs, dont deux laptops. Trente opérateurs de saisie et 2 superviseurs travaillant en deux sessions par jour ont assuré toute la saisie. Afin de garantir la qualité des données, il a été opéré un contrôle basé sur une double saisie de tous les questionnaires. Cela a permis également d'effectuer un contrôle de consistance interne suivant les procédures et programmes standard de saisie élaborés par l'équipe de coordination globale de MICS 3 à New York, outils qui ont été adaptés aux questionnaires de la Guinée-Bissau. Le traitement des données a commencé le 22 juin 2006, soit une semaine après la démarrage des travaux de collecte, et s'est achevé le 30 juillet 2006. Les données ont été analysées en utilisant le logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Version 14 ainsi que le modèle de syntaxe et les plans d'exploitation des données élaborés et envoyés par l'équipe de coordination de l'UNICEF.

¹ On peut trouver le modèle de questionnaire MICS3 sur www.childinfo.org, ou dans UNICEF, 2006.

III. Couverture de l'échantillon et caractéristiques des ménages et des personnes interrogées

Couverture de l'échantillon

Taux de réponse pour les ménages : sur les 5452 ménages (3071 du milieu rural et 2381 du milieu urbain) sélectionnés pour former l'échantillon, 5448 étaient occupés (3071 en milieu rural et 2377 en milieu urbain). Sur ces ménages, 5305 ont pu être interrogés (2995 en milieu rural et 2310 en milieu urbain), soit un taux de réponse des ménages de 97,4%, avec un faible écart entre le milieu rural et le milieu urbain (97,5% et 97,2% respectivement). Les provinces présentent des taux de réponse variant entre 93,7% dans la province Sud et 99,3% dans la province Nord.

Taux de réponse pour les femmes : dans les ménages sondés, 9904 femmes de 15 à 49 ans ont été identifiées (5340 en milieu rural et 4564 en milieu urbain). Parmi ces femmes 8012 ont pu être interrogées (4331 en milieu rural et 3681 en milieu urbain), ce qui donne un taux de réponse de 80,9% (81,1% en milieu rural et 80,7% en milieu urbain). Le taux de réponse le plus élevé est observé dans la Province Sud (82,4%) et le plus bas dans SAB (78,2%). Le taux global de réponse pour les femmes est de 78,8% (79,1% en milieu rural et 78,4% en milieu urbain). Ce taux global de réponse est plus élevé dans la province Nord (80,7%) et plus bas dans SAB (76,5%).

Taux de réponse pour les enfants de moins de cinq ans : 6570 enfants de moins de cinq ans (4206 en milieu rural et 2364 en milieu urbain) ont été dénombrés dans les ménages de l'échantillon. Des questionnaires ont été remplis pour 5848 de ces enfants (3780 en milieu rural et 2068 en milieu urbain), ce qui correspond à un taux de réponse de 89,0% (89,9% en milieu rural et 87,5% en milieu urbain). Le taux de réponse global pour les enfants de moins de cinq ans est de 86,7% (87,6% en milieu rural et 85,0% en milieu urbain). La province Nord présente le taux global de réponse le plus élevé (88,9%) et SAB le taux le plus bas (84,4%). Les plus faibles taux de réponse dans SAB peuvent s'expliquer par le fait que les enquêteurs ont moins de chance de trouver les habitants de la Capitale qui travaillent généralement assez loin de leur domicile.

Le Tableau HH.1 donne l'ensemble des taux de réponse calculés pour les interviews des femmes et des enfants de moins de cinq ans.

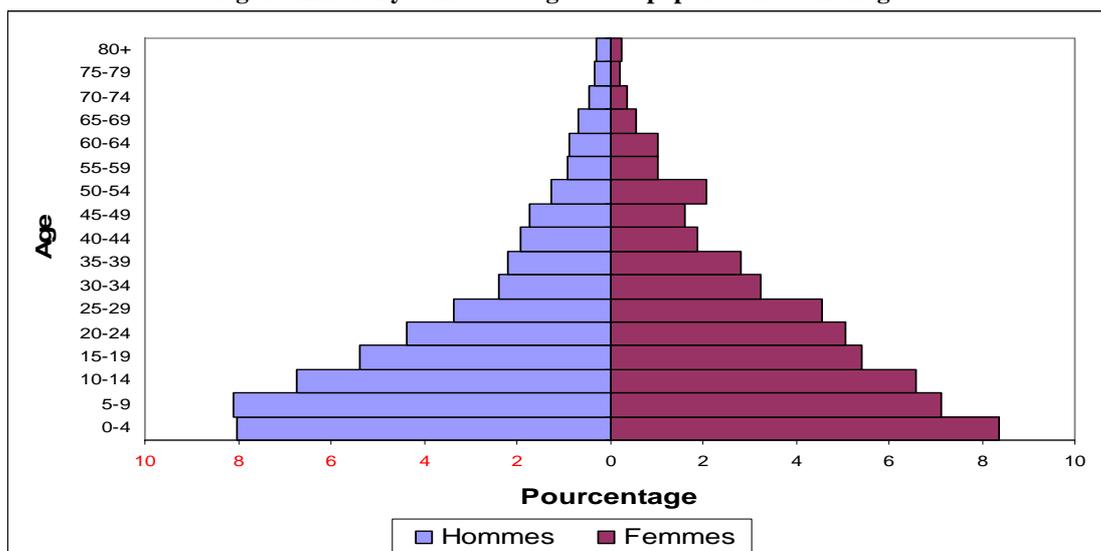
Caractéristiques des ménages

La distribution par âge et par sexe de la population sondée est fournie dans le Tableau HH.2. Cette distribution est également utilisée pour produire la pyramide des âges de la population présentée à la Figure HH.1. Dans les 5448 ménages interrogés avec succès au cours de l'enquête, 41312 membres de ménage ont été recensés dont 19976 hommes et

21336 femmes. Sur cette base, l'enquête a estimé la taille moyenne des ménages à 7,5 membres.

La Figure HH.1 montre une pyramide des âges à base très élargie, indiquant que la population de la Guinée-Bissau est très jeune. Plus de la moitié de la population (50,8%) est âgée de moins de 17 ans). En général, du fait de la mortalité, la base (0-4 ans) d'une pyramide des âges de la population est plus large que celle des tranches au-dessus, y compris celles des 5-9 ans. S'agissant des garçons, les résultats de la MICS 3 montrent le contraire : la barre des 0-4 ans est 0,8% plus étroite que celle des 5-9 ans alors qu'en général, la mortalité est plus élevée parmi les garçons que parmi les filles. On peut donc soupçonner pour les garçons, des transferts d'un groupe (0-4 ans) vers un autre (5-9 ans) par l'effet d'attraction du chiffre rond 5. Par ailleurs, la MICS 3 estime l'effectif des enfants de moins de 5 ans à 16,2% de la population alors que selon le dernier recensement de la population de 1991, ces derniers représentaient 16,9%, soit une légère baisse pouvant être liée à une baisse de la fécondité. Les femmes âgées de 15-49 ans représentent 24% de la population, alors qu'en 1991 elles représentaient 23%. En 1991, la tranche d'âges des femmes de 45-49 ans et celle des femmes de 50-54 ans représentaient 1,6% et 1,5% de la population respectivement. Selon la MICS de 2000, ces groupes d'âges représentaient 1,6% et 2,1% respectivement tandis que la MICS de 2006 estiment ces proportions à 3,1% et à 3,9% respectivement, soit une inversion des rapports comparativement aux données du recensement de 1991. Si on sait que les femmes de 45-49 ans sont en général, relativement plus nombreuses que celles de 50-54 ans du fait de la mortalité, on peut penser que cette surestimation de la dernière catégorie, qui semble relever d'un transfert d'un groupe vers un autre, résulterait du comportement des enquêteurs. En effet, pour alléger leur charge de travail en terme d'interviews individuelles auprès des femmes de 45-49 ans, certains enquêteurs peuvent, à dessein, donner à certaines d'entre elles, un âge supérieur qui les place dans la tranche d'âges 50-54 ans, ce qui contribue à gonfler artificiellement l'effectif de cette catégorie au détriment de la première.

Figure HH. 1: Pyramide des âges de la population des menages



A ce propos, il est intéressant de comparer les effectifs de ces femmes à ceux des hommes de mêmes groupes d'âges. La tendance attendue est respectée malgré la plus grande sensibilité des hommes à la migration, toutes choses qui confortent l'hypothèse avancée plus haut. Les groupes d'âges inactifs (0-14 ans et 65 ans et plus) représentent 47,4% de la population totale alors que les groupes d'âges potentiellement actifs (15-64 ans) font 52,4%, soit un rapport de dépendance de près 91 pour 100. Le recensement de 1991 donne une distribution où les rapports sont inversés avec 51,7% pour les groupes d'âges inactifs.

Le Tableau HH.3 fournit des informations de base sur les ménages, notamment, le sexe du chef de ménage, la division administrative, le milieu de résidence, le nombre de membres et le groupe ethnique du chef de ménage. Ces caractéristiques de base sont également utilisées dans les tableaux respectifs de ce rapport. Le Tableau HH.3 présente aussi le nombre d'observations par catégories majeures d'analyse.

Les nombres pondérés et non pondérés des ménages sont égaux, puisque les pondérations de l'échantillonnage ont été normalisées (voir Annexe A). Ce tableau indique également les proportions de ménages où au moins un enfant de moins de 18 ans, au moins un enfant de moins de cinq ans et au moins une femme éligible de 15 à 49 ans ont été trouvés.

Le Tableau HH.3 montre que 37,1% des ménages se trouvent en milieu urbain et 62,9% en milieu rural. La plupart des ménages sont dirigés par des hommes : 85,1% des chefs de ménage sont des hommes et 14,9% seulement des femmes. Près de quatre ménages sur dix (38,6%) se trouvent dans la province Nord, 25,9% dans SAB, 22,1% dans la province Est et 13,4% dans la province Sud. Près d'un ménage sur quatre (24,5%) compte 6 ou 7 membres, 96,3% ont au moins un enfant de moins de 18 ans, 73,7% ont au moins un enfant de moins de cinq ans et 96,5% ont au moins une femme âgée de 15-49 ans. Plus d'un ménage sur trois (34,0%) est dirigé par un Fula/Mandinga.

Caractéristiques des personnes interrogées

Les Tableaux HH.4 et HH.5 fournissent des informations sur les caractéristiques de base des femmes interrogées dont l'âge est compris entre 15 et 49 ans et des enfants de moins de cinq ans. Dans ces deux tableaux, le nombre total d'observations pondérées et non pondérées sont égaux, puisque la pondération des échantillons a été normalisée (standardisée). En plus des informations utiles sur les caractéristiques de base des femmes et des enfants qu'ils fournissent, ces tableaux indiquent également le nombre d'observations dans chacune des catégories de base. Ces catégories sont utilisées dans les tableaux de ce rapport.

Le Tableau HH.4 montre les caractéristiques de base des femmes âgées de 15 à 49 ans. Ce tableau contient des informations sur la distribution des femmes selon la province, la

zone urbaine/rurale, l'âge, la situation matrimoniale, le statut de mère, l'éducation², les quintiles³ de l'indice de richesse et l'origine ethnique.

Si dans l'ensemble, le nombre pondéré et le nombre non pondéré de femmes 15-49 ans sont identiques (8010 et 8009 respectivement), il existe des différences selon certaines catégories. La différence entre ces deux nombres est plus marquée dans la province Sud (888 et 1456 respectivement) du fait que celle-ci a été sur-échantillonnée en vue de disposer d'un nombre suffisant d'observations pour répondre aux besoins de l'analyse. La répartition selon le milieu de résidence montre que près de six femmes de 15-49 ans sur dix (59,7%) vivent en milieu rural. Près de deux tiers d'entre elles (65,0%) sont mariées ou en union et 29,0% n'ont jamais été mariées ou en union. Près de trois femmes de 15-49 ans sur quatre (74,9%) ont déjà donné naissance. Le Tableau HH.4 montre aussi que la grande majorité des femmes (56,9%) n'ont aucune instruction, 26,1% ont le niveau primaire et seulement 15,2% le niveau secondaire et plus. Concernant le niveau de vie mesurée selon les quintiles de l'indice de richesse du ménage où vit la femme, la tendance est inversée : le quintile des plus riches compte près d'un quart des femmes. Cette proportion tombe à 18,7% pour celui des plus pauvres.

La répartition des enfants de moins de cinq ans est présentée dans le Tableau HH.5 selon le sexe, la région et la zone de résidence, l'âge en mois, l'éducation de la mère ou de la personne en charge, la santé et l'origine ethnique. Environ 51,4% des enfants sont des filles. Plus de sept enfants sur dix (70,8%) vivent en milieu urbain, 11,1% sont âgés de moins de six mois, 9,7% sont âgés de 6 à 11 mois, 21,8% de 12 à 23 mois, 20,8% de 24 à 35 mois, 19,2% de 36 à 47 mois et 17,4% de 48 à 59 mois. La plupart des enfants de moins de cinq ans (70,7%) sont nés d'une mère sans instruction. Les proportions sont de 19,0% et 8,5% respectivement pour les enfants dont la mère a le niveau primaire et secondaire et plus. La proportion d'enfants de moins de cinq ans est pratiquement la même dans les différents quintiles d'indice de richesse (entre 20 et 22,0%), sauf pour les plus riches (14,2%).

² A moins qu'il n'ait été expliqué autrement, le terme "éducation" fait référence au niveau d'instruction des personnes interrogées dans tout le rapport quand il est utilisé comme une variable de base.

³ Une analyse en composantes principales a été effectuée en utilisant les informations sur la propriété de biens et d'équipements des ménages afin d'assigner des coefficients de pondération aux biens de chaque ménage et d'obtenir des scores de richesse pour chaque ménage de l'échantillon (les biens utilisés dans ces calculs étaient les suivants : montre, bicyclette, moto, char de traction animal, voiture/camion, pirogue à moteur, propriété foncière en hectares et différents type de troupeau. Chaque ménage a été ainsi pondéré par le nombre des membres du ménage et la population des ménages a été divisée en cinq groupes de taille égale, du quintile le plus pauvre au quintile le plus riche, sur la base des scores de richesse des ménages dans lesquels ils vivaient. L'indice de richesse est supposé appréhender la richesse sous-jacente à long terme à travers les informations recueillies sur les biens du ménage et a pour but de produire un classement des ménages selon leur richesse, des plus pauvres aux plus riches. L'indice de richesse ne fournit pas d'informations sur la pauvreté absolue, les revenus actuels ou les niveaux de dépense et les scores de richesse calculés sont applicables uniquement pour les données particulières sur lesquelles elles sont basées. D'autres informations sur l'indice de richesse peuvent être trouvées dans Rutstein and Johnson, 2004, et Filmer and Pritchett, 2001.

IV. Mortalité des enfants

Un des objectifs clef des OMD et d'un Monde digne des enfants est la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile. En particulier, les OMD préconisent la réduction de la mortalité infanto-juvénile de deux tiers entre 1990 et 2015. La surveillance des progrès vers cet objectif est une tâche importante mais difficile. L'évaluation de la mortalité infantile semble aisée, mais les tentatives d'utiliser des questions directes telles que, « un membre de ce ménage est-il décédé l'année dernière ? », donne des résultats inexacts. L'utilisation d'évaluations directes de la mortalité infantile à partir des naissances fait perdre beaucoup de temps, coûte plus cher et nécessite une plus grande attention au moment de la formation et dans la supervision. Par contre, les méthodes indirectes mises au point pour calculer les taux de mortalité infantile donnent des estimations robustes comparables à celles obtenues à partir d'autres sources. Les méthodes indirectes permettent de minimiser les erreurs liées aux effets de mémoire, aux définitions inexactes ou mal interprétées et aux mauvaises techniques de sondage.

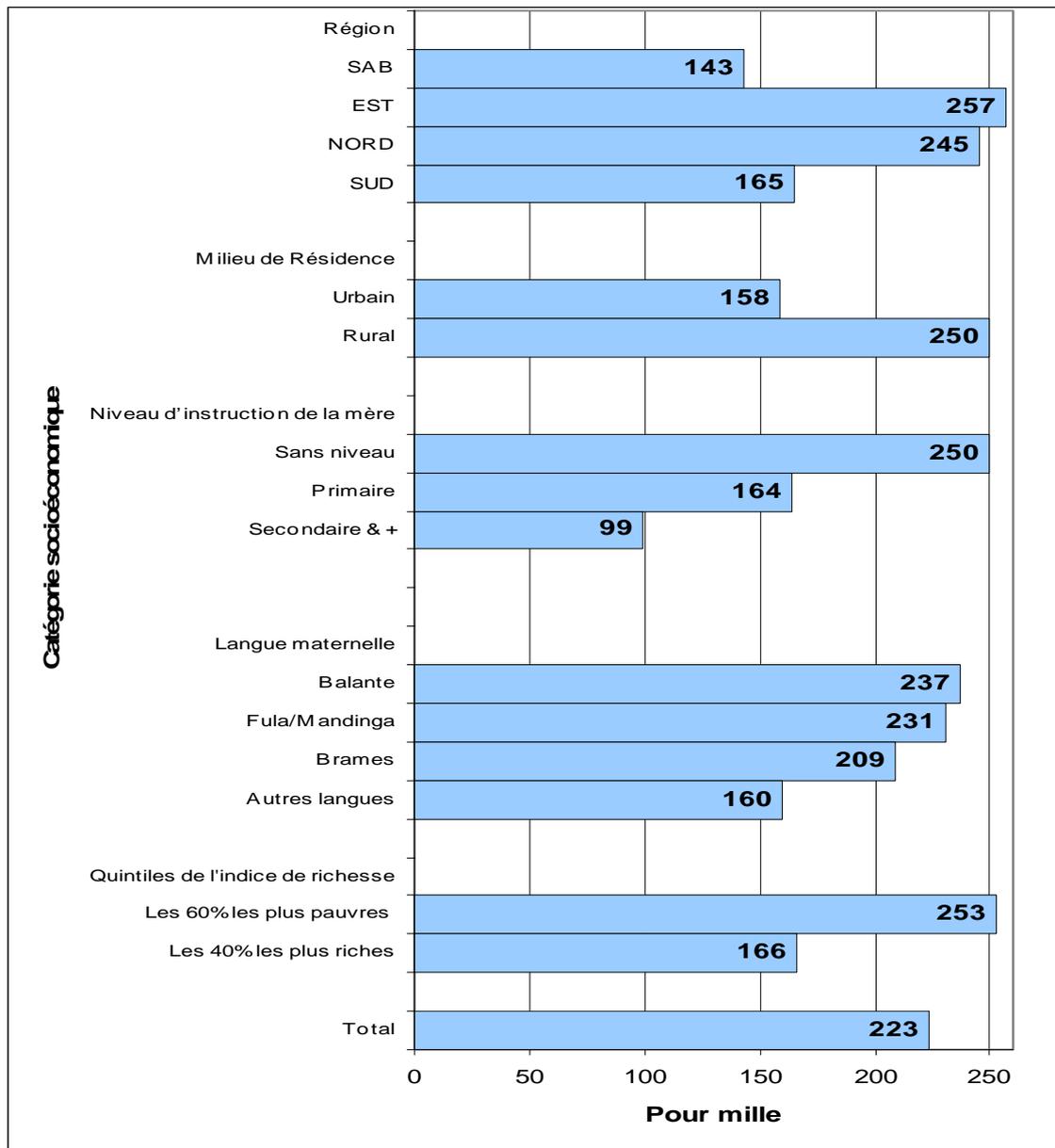
Le taux de mortalité infantile est la probabilité de mourir avant le premier anniversaire. Le taux de mortalité infanto-juvénile est la probabilité de mourir avant le cinquième anniversaire. Dans le cadre des enquêtes de type MICS, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont calculés sur la base d'une technique d'estimation indirecte dénommée Méthode de Brass (Nations Unies, 1983 ; 1990a ; 1990b). Les données utilisées pour ces estimations sont les suivantes : le nombre moyen d'enfants nés pour les groupes d'âges de cinq ans de femmes âgées de 15 à 49 ans et la proportion de ces enfants qui sont décédés, également pour les groupes d'âges de cinq ans de ces femmes. Cette technique convertit ces données en probabilités de mourir en tenant compte aussi bien des risques de mortalité auxquels les enfants sont exposés que de la durée de leur exposition au risque de mourir, en supposant un type de mortalité particulière selon le groupe d'âges. Sur la base des informations recueillies précédemment sur la mortalité en Guinée Bissau, le tableau type de mortalité « Nord » a été considéré comme étant le plus approprié.

Le Tableau CM.1, illustré par la figure CM.1, donne les estimations de la mortalité infantile et infanto-juvénile selon certaines caractéristiques socioéconomiques tandis que le Tableau CM.2 présente les données de base utilisées dans le calcul des taux respectifs pour le niveau national.

Le taux de mortalité infantile est estimé à 138 pour mille, alors que le taux de mortalité infanto-juvénile tourne autour de 223 pour mille. Ces estimations ont été calculées en faisant la moyenne des estimations de mortalité obtenues de femmes entre 25-29 ans et 30-34 ans et se rapportent à la mi-2003 . Il existe des différences dans les probabilités de mourir entre les garçons et les filles, avec un risque plus élevé chez les premiers, quel que soit le type de mortalité considéré. Parmi les garçons, le taux est de 152 pour mille pour la mortalité infantile et de 245 pour mille pour la mortalité infanto-juvénile. Chez les filles, ces taux sont de 123 pour mille et 200 pour mille respectivement. Le niveau d'instruction de la mère et la province influent le plus sur les différences de mortalité

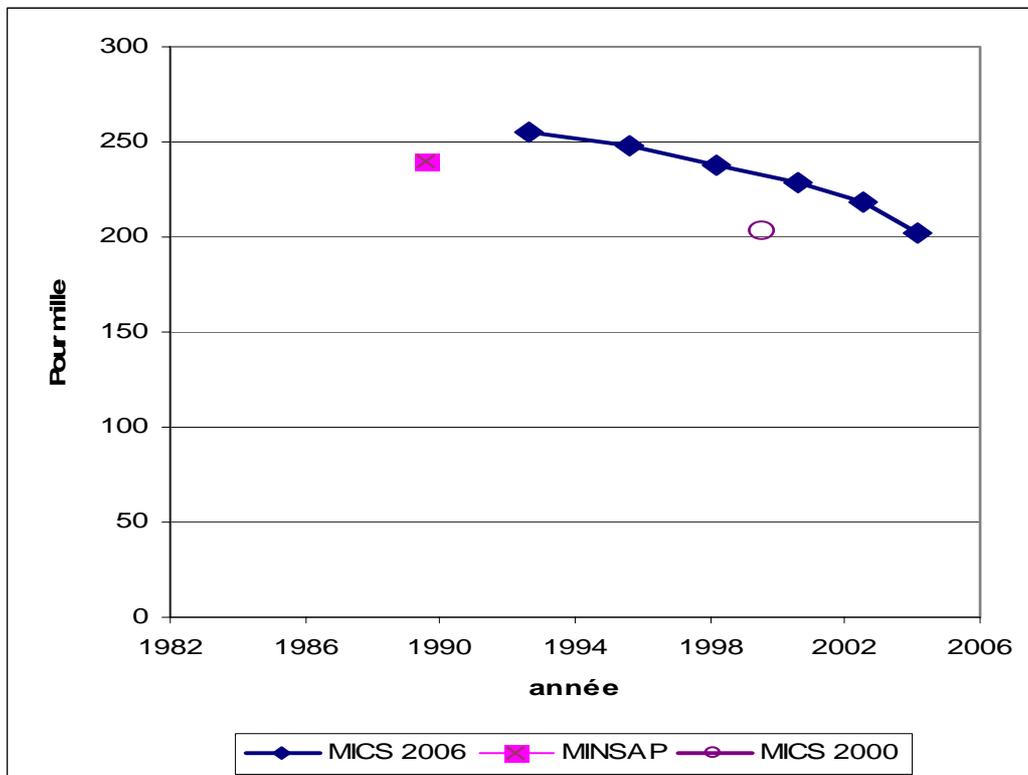
entre catégories. En effet, de toutes les catégories socioéconomiques observées, les mères ayant un niveau d’instruction secondaire ou plus ont les taux de mortalité les plus faibles (75 pour mille pour la mortalité infantile et 99 pour mille pour la mortalité infanto-juvénile). Ces taux passent à 109 et 164 respectivement pour les femmes ayant le niveau primaire et à 150 et 250 respectivement pour celles qui n’ont pas été fréquenté l’école. Concernant les provinces, on observe les taux les plus bas à SAB (89 pour mille 143 pour mille respectivement), soit 71% et 80% respectivement plus élevés dans la Province EST où les niveaux se situent à 152 pour mille et 257 pour mille respectivement.

Figure CM. 1: Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans selon les catégories socioéconomiques



Des différences de mortalité infantile et infanto-juvénile sont également notées selon la zone de résidence, l'origine ethnique et le niveau de vie. Les taux sont plus bas dans la zone urbaine (respectivement 106 pour mille et 158 pour mille) que dans la zone rurale (respectivement 150 pour mille et 250 pour mille), parmi les Brame (respectivement 124 pour mille et 209 pour mille) que parmi les Balantes (respectivement 140 pour mille et 237 pour mille). Du point de vue du niveau de vie, ces disparités sont moins fortes entre les riches et les pauvres. Les enfants vivant dans les 40% de ménages les plus riches ont des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile plus faibles (110 pour mille et 166 pour mille respectivement) que ceux des enfants vivant dans les 60% de ménages les plus pauvres (151 pour mille et 253 pour mille respectivement), soit des niveaux 37% et 52% respectivement moins élevés pour les plus nantis. Les différences de mortalité notées ci-dessus sont illustrées dans la Figure CM.1.

Figure CM. 2: Tendence du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans



La Figure CM.2 présente une série d'estimations des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, se rapportant à divers points dans le temps et selon différentes sources. Elle permet ainsi de mieux voir la tendance de la mortalité selon les taux estimés dans la MICS qui indique une baisse de celle-ci au cours des 15 dernières années. Dans cette période le taux est passé de plus de 250 décès pour mille naissances à 223 pour mille selon les résultats de la MICS 3 de 2006. L'estimation du taux de mortalité des moins de cinq ans en 2006 est environ 44,5% plus élevée que celle du Ministère de la Santé Publique (Ministerio da Saude Publica) pour l'année 2005 (environ 123,8 pour mille). Il convient de noter que la tendance indiquée par les résultats de la MICS 3 est en

parfait accord avec celle estimée par la MICS de 2000. Toutefois, même si les estimations du Ministère de la Santé Publique donnent des niveaux de mortalité plus bas, elles confirment la tendance à la baisse observée dans la MICS 3. Aussi, est-il opportun d'entreprendre une analyse plus approfondie sur l'ampleur de la baisse et sur les déterminants de la mortalité des enfants mais aussi sur les différences apparentes ou réelles entre les différentes sources.

V. Nutrition

Statut nutritionnel

Le statut nutritionnel des enfants reflète leur état de santé général. Lorsque les enfants ont accès à suffisamment de nourriture, qu'ils ne sont pas exposés à des maladies répétées et que l'on s'occupe bien d'eux, ils mettent à profit toutes leurs potentialités de croissance et sont considérés comme bien nourris.

La malnutrition est associée à plus de la moitié des décès d'enfants dans le monde. Les enfants en état de malnutrition courent plus de risques de mourir des maladies communes de l'enfance et les survivants souffrent de maladies répétées et de retard de croissance. Trois quarts des enfants qui sont morts de causes liées à la malnutrition n'étaient que légèrement ou modérément malnutris - c'est-à-dire qu'ils ne présentaient pas de signes extérieurs de leur vulnérabilité. Un des Objectifs du Millénaire pour le Développement est de réduire de moitié la proportion des personnes souffrant de la faim, entre 1990 et 2015. L'objectif d'un Monde Digne des Enfants est de réduire la prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans d'au moins un tiers (entre 2000 et 2010), en accordant une attention particulière aux enfants de moins de deux ans. Une réduction de la prévalence de la malnutrition contribuera à atteindre l'objectif de la réduction de la mortalité dans l'enfance.

Au sein d'une population bien nourrie, il existe une distribution standard de la taille et du poids pour les enfants de moins de cinq ans. La malnutrition au sein d'une population peut être évaluée en comparant les enfants avec une population standard. La population de référence utilisée dans ce rapport a été déterminée selon la norme OMS/CDC/NCHS, qui a été recommandée par l'UNICEF et l'Organisation Mondiale de la Santé au moment de l'enquête.

Le poids pour âge est une mesure aussi bien de la malnutrition aiguë que chronique. Les enfants dont le poids pour âge est supérieur à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale modérée ou sévère alors que ceux dont le poids pour âge est supérieur à trois écarts types en dessous de la médiane sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale sévère.

La taille pour âge est une mesure de la croissance linéaire. Les enfants dont la taille pour âge est supérieure à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme courts pour leur âge et comme souffrant d'un retard de croissance modéré ou sévère. Ceux dont la taille pour âge est supérieure à trois écarts types en dessous de la médiane sont considérés comme souffrant d'un retard de croissance sévère. Le retard de croissance reflète une malnutrition chronique due à

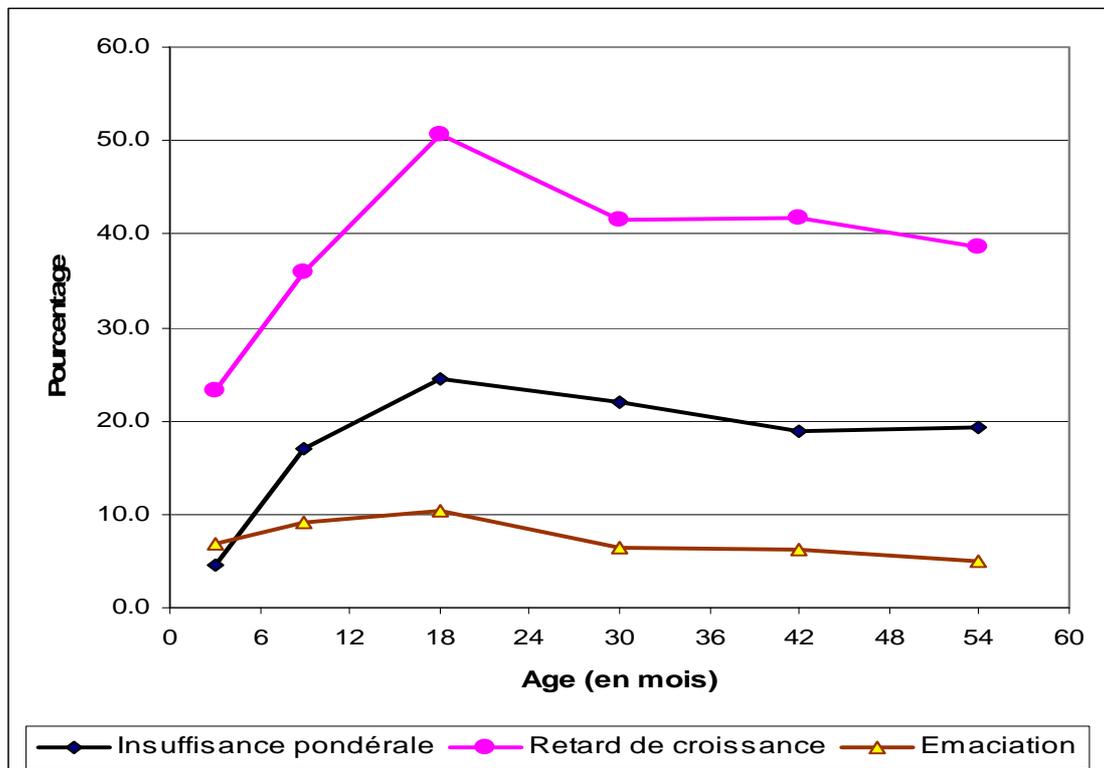
l'insuffisance d'une nutrition adéquate sur une longue période et aux maladies chroniques ou récurrentes.

Enfin, les enfants dont le poids pour taille est supérieur à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme émaciés de façon modérée ou sévère, tandis que ceux qui ont plus de trois écarts types en dessous de la médiane sont considérés comme émaciés de façon sévère. L'émaciation est en général la conséquence d'une insuffisance nutritionnelle récente. Cet indicateur peut présenter des variations saisonnières importantes associées à l'évolution de la disponibilité de la nourriture ou de la prévalence des maladies.

Dans le cadre de la MICS, le poids et la taille des enfants sont mesurés en utilisant l'équipement anthropométrique recommandé par l'UNICEF (UNICEF, 2006). Les conclusions de ce chapitre sont basées sur les résultats de ces mesures.

Le Tableau NU.1 présente les pourcentages d'enfants classés dans chacune de ces catégories, sur la base des mesures anthropométriques prises sur le terrain. En outre, ce tableau comprend le pourcentage d'enfants en surcharge pondérale, pourcentage qui prend en compte les enfants dont le poids pour taille est supérieur à deux écarts types au dessus de la médiane de la population de référence.

Figure NU. 1: Pourcentage des enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition



Le Tableau NU.1w présente les enfants qui n'ont pas été pesés et mesurés (4,0% des enfants). Ceux dont les mesures se situent en dehors de la fourchette plausible sont exclus. En outre, un petit nombre d'enfants dont la date de naissance est inconnue n'ont pas été pris en compte (4,5%). Pour une ou plusieurs de ces raisons ou d'autres, 25,9% des enfants ont été exclus de l'analyse. Les cas d'exclusion sont plus fréquents dans la province Sud (47,3%), parmi les enfants de moins de 6 mois et de 6-11 mois (33,7% et 39,6% respectivement).

En Guinée-Bissau, 19,4% des enfants de moins de cinq ans, souffrent d'insuffisance pondérale modérée tandis que 4,0% souffrent d'insuffisance pondérale sévère. En ce qui concerne la croissance, 40,9% des enfants souffrent d'un retard de croissance modéré, tandis que 19,5% sont trop courts pour leur âge. Environ 7,2% des enfants sont émaciés de façon modérée et 1,7% sont trop maigres pour leur taille. Près d'un enfant sur dix (8,5%) a une surcharge pondérale.

Les enfants de la province Est ont plus tendance à souffrir d'insuffisance pondérale modérée ou sévère (28,6% et 7,0% respectivement) et de retard de croissance (49,1% et 25,9% respectivement) que les autres enfants. En revanche, le pourcentage d'enfants émaciés de façon sévère, est plus élevé dans la province Sud (2,7%). Ceux des enfants dont la mère a une éducation secondaire ou supérieure ont le plus de chances de ne pas souffrir d'insuffisance pondérale modérée ou sévère (10,1% et 1,9% respectivement) et de retard de croissance (28,1% et 10,7% respectivement) comparés aux enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (21,8% et 4,5% respectivement et 43,1% et 21,2% respectivement). Quel que soit l'indicateur de malnutrition considéré, les différences entre garçons et filles sont négligeables, même si les garçons semblent un peu plus exposés au risque de souffrir d'insuffisance pondérale sévère (4,5%), de retard de croissance sévère (20,0%) et d'émaciation sévère (2,0%) que les filles (3,5%, 18,0% et 1,4% respectivement). Selon la Figure NU.1, la malnutrition subit l'influence de l'âge. Quel que soit l'indicateur considéré, les enfants âgés de 12 à 23 mois sont plus touchés, comparés aux plus jeunes d'une part et aux plus âgés, d'autre part : les proportions sont estimées à 24,5% pour l'insuffisance pondérale modérée, 50,7% pour le retard de croissance modéré et 2,5% pour l'émaciation sévère. Cette situation particulière de ces enfants s'explique par le fait que c'est à cet âge que beaucoup d'enfants cessent d'être allaités et sont donc exposés à la contamination à travers l'eau, les aliments et l'environnement.

Allaitement au sein

L'allaitement au sein au cours des premières années de la vie protège les enfants contre l'infection. De plus, il constitue une source idéale d'éléments nutritifs, est économique et sûr. Cependant, de nombreuses mères cessent d'allaiter trop tôt et, il existe souvent, des pressions pour le passage aux préparations pour les nouveaux-nés. D'une part, cela peut contribuer au retard de croissance et à la malnutrition en termes d'oligoéléments et d'autre part cette méthode n'est pas sûre si l'accès à l'eau potable n'est pas facile. Le but visé par 'Un Monde Digne des Enfants', c'est de faire en sorte que les enfants soient allaités exclusivement pendant six mois et que l'allaitement se poursuive avec des

aliments complémentaires sûrs, appropriés et adéquats jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà. L'OMS/UNICEF donne les recommandations d'alimentation suivantes:

- allaitement exclusif au cours des six premiers mois,
- poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus,
- alimentation complémentaire sûre, appropriée et adéquate à partir du sixième mois,
- fréquence de l'alimentation complémentaire : 2 fois par jour pour les enfants de 6 à 8 mois et 3 fois par jour pour les enfants de 9 à 11 mois.

Il est également recommandé que l'allaitement au sein commence dans l'heure qui suit la naissance. Les indicateurs des pratiques d'alimentation des enfants recommandées sont les suivants:

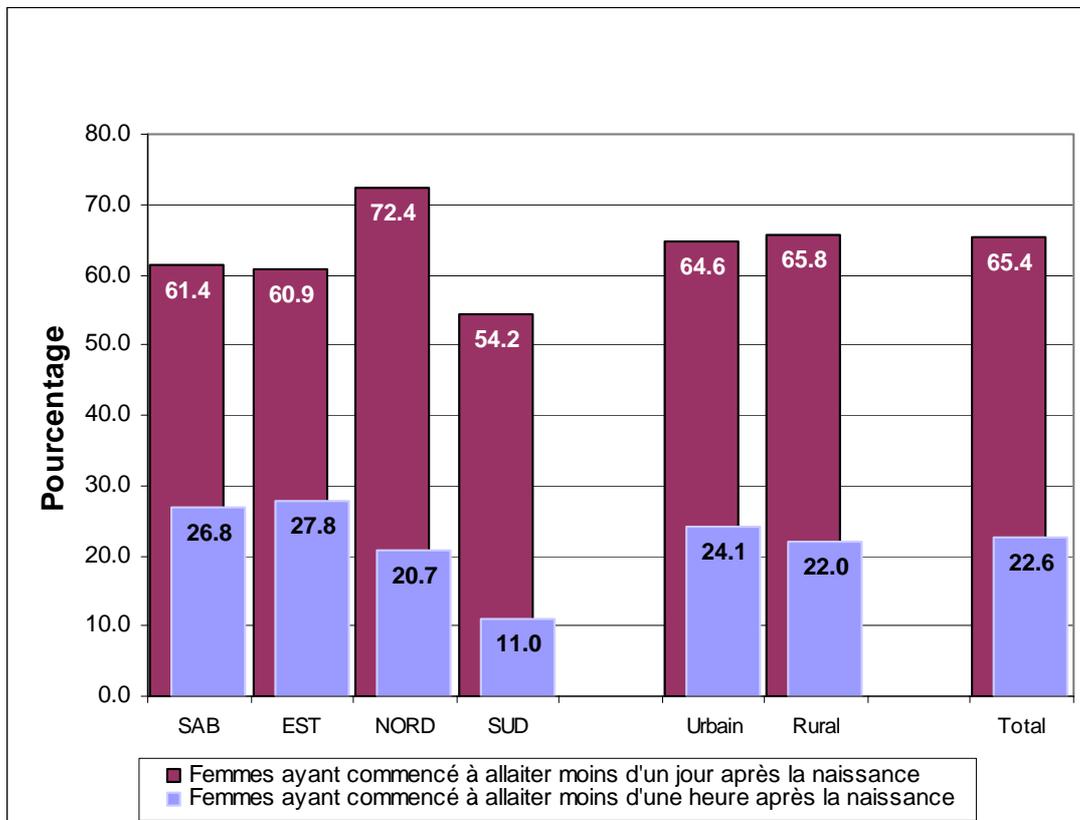
- taux d'allaitement exclusif (< 6 mois & < 4 mois)
- taux d'alimentation complémentaire opportun (6-9 mois)
- taux de poursuite de l'allaitement (12-15 & 20-23 mois)
- début opportun de l'allaitement (dans l'heure qui suit la naissance)
- fréquence de l'alimentation complémentaire (6-11 mois)
- nouveaux-nés adéquatement nourris (0-11 mois)

Le Tableau NU.2, illustré par la figure NU.2, présente la proportion de femmes qui ont commencé à allaiter leur nouveau-né dans l'heure qui a suivi la naissance (22,6%) et celui des femmes qui ont commencé à allaiter moins d'un jour après la naissance (65,4%).

En milieu rural 22,0% des femmes ont commencé à allaiter moins d'une heure après la naissance, comparés à 24,1% en milieu urbain. En ce qui concerne l'allaitement moins d'un jour après la naissance, les proportions respectives sont de 65,8% et 64,6%. Le comportement des femmes de la province Sud est assez particulier : seulement 11,0% et 54,2% d'entre elles ont allaité leur enfant moins d'une heure et moins d'un jour respectivement contre plus de 25% et 60,0% respectivement dans SAB et dans la province Est qui présentent les mêmes niveaux d'observance des recommandations.

L'allaitement initial est aussi variable selon le niveau d'instruction : les femmes ayant une formation secondaire et plus (25,0%) allaitent plus que les femmes sans niveau (22,1%). De même, les Brame sont relativement plus nombreuses à allaiter moins d'une heure après la naissance et moins d'un jour après la naissance (respectivement 29,7% et 73,1%) que les Ballantes (respectivement 20,5% et 66,4%). Même si, par rapport à l'allaitement initial, l'influence du niveau de vie sur le comportement des femmes n'est pas très net, la différence entre les plus riches et les plus pauvres est assez frappante : 27,8% pour les enfants de 0-3 mois des premières et 15,7% pour ceux des secondes.

Figure NU. 2: Pourcentage de mères ayant commencé l'allaitement moins d'une heure ou moins d'une journée après l'accouchement



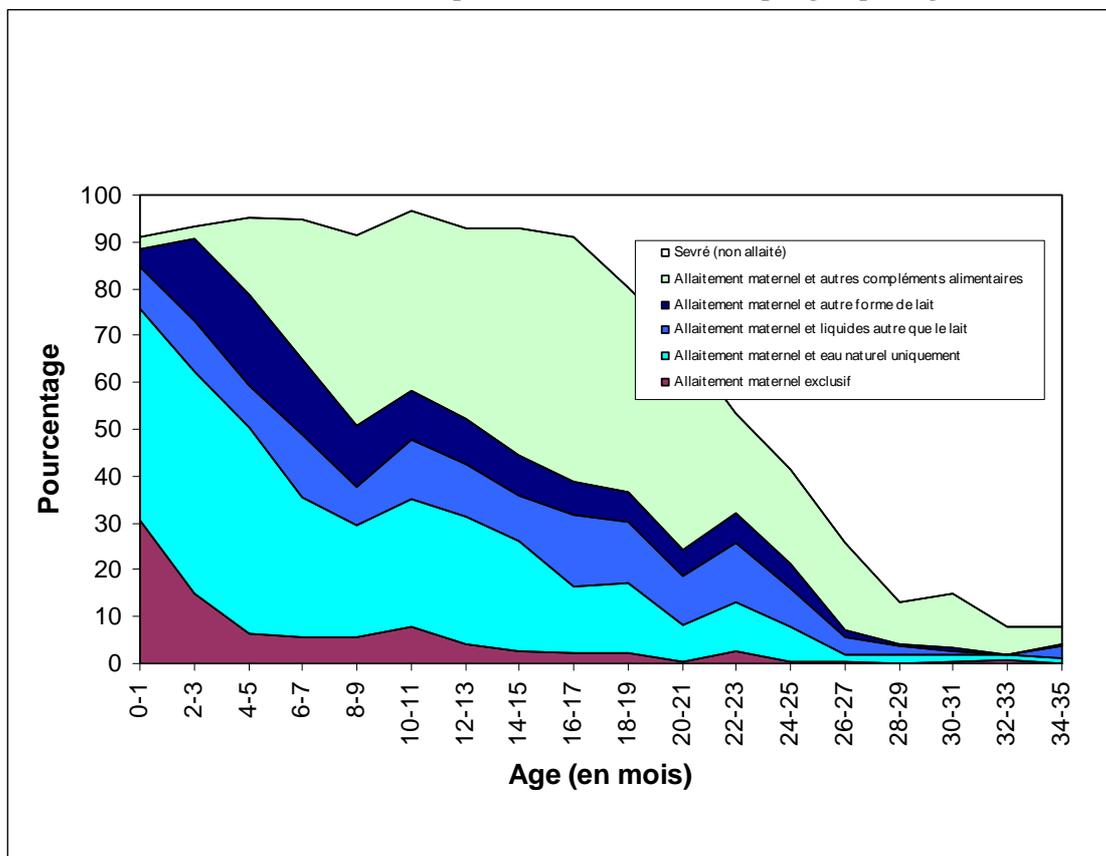
Le Tableau NU.3 montre le statut d'allaitement basé sur les déclarations des mères/personnes en charge concernant la consommation par les enfants, d'aliments et de fluides au cours des 24 heures précédant l'interview. Par allaitement exclusif, on entend l'allaitement au sein uniquement, c'est-à-dire l'allaitement pour lequel, les enfants ne reçoivent que du lait maternel et des vitamines, des suppléments minéraux ou des médicaments. L'allaitement exclusif est mesuré auprès des enfants de 0-3 mois et ceux de 0-5 mois, l'allaitement complémentaire chez les enfants de 6 à 9 mois et la poursuite de l'allaitement chez les enfants de 12 à 15 mois et ceux de 20 à 23 mois.

Considérant les recommandations, les proportions d'enfants allaités exclusivement sont très faibles: 21,4% chez les enfants de 0-3 mois et seulement 16,1% parmi les enfants âgés de moins de six mois. A 6-9 mois, 35,2% sont allaités tout en recevant des aliments solides et semi-solides alors que 92,8% et 61,4% des enfants de 12-15 mois et ceux de 20-23 respectivement, continuent d'être allaités. Les proportions de filles allaitées exclusivement dans les groupes d'âges 0-3 mois et 0-5 mois (21,7% et 16,7% respectivement) sont presque identiques à celles des garçons (21,6% et 15,9% respectivement). La poursuite de l'allaitement maternel présente les mêmes tendances, quel que soit le groupe d'âges considéré.

L'allaitement exclusif est plus fréquent en milieu urbain : 31,3% des enfants de 0-3 mois et 21,8% des enfants de 0-5 mois contre 17,8% et 14,0% respectivement en milieu rural.

Sur ce plan SAB se démarque aussi (32,6% et 22,9% respectivement) par rapport à la province Est (15,8% et 13,4% respectivement). On peut observer un comportement similaire selon le niveau d'instruction et le groupe ethnique. Chez les femmes ayant le niveau secondaire et plus, 32,3% des enfants de 0-3 mois et 21,5% des enfants de 0-5 mois sont allaités exclusivement, contre 18,2% et 14,2% respectivement parmi les enfants des femmes sans instruction. Du point de vue de l'ethnie, les Brame ont des proportions respectives de 30,0% et 18,9% contre 16,7% et 13,0% respectivement pour les groupes d'âges 0-3 mois et 0-5 mois au sein des Fula/Mandinga. L'influence du niveau de vie sur l'allaitement exclusif n'est pas nette : même si les riches ont un profil nettement meilleur, la différence entre les autres quintiles de richesse reste ambiguë.

Figure NU. 3: Modes d'alimentation des nourrissons par âge : Répartition en pourcentage des enfants de moins de 3 ans par mode d'alimentation et par groupe d'âges



La manière adéquate de nourrir les enfants de moins de 12 mois est présentée dans le Tableau NU.4. Différents critères de nutrition adéquate sont utilisés selon l'âge de l'enfant. Pour les enfants de 0 à 5 mois, c'est l'allaitement exclusif qui est considéré comme adéquat. Les enfants de 6 à 8 mois sont considérés comme adéquatement nourris s'ils reçoivent du lait maternel et des aliments complémentaires au moins deux fois par jour, tandis que les enfants de 9 à 11 mois le sont s'ils reçoivent la même forme d'alimentation au moins trois fois par jour.

Seulement 16,1% des enfants de 0-5 mois sont exclusivement allaités au sein, suivant les recommandations, signifiant qu'à cet âge, près de 84% des enfants ne sont pas nourris correctement. A 6-8 mois, 31,5% des enfants ont reçu le lait maternel et des aliments complémentaires au moins 2 fois au cours des 24 dernières heures, comme recommandé ; à 9-11 mois, 25,0% des enfants ont été allaités au sein et reçu des compléments alimentaires au moins 3 fois dans la même période.

Selon les types d'alimentation présentés dans ce tableau, on constate que seulement 28,6% des enfants de 6-11 mois sont nourris adéquatement. L'alimentation adéquate à 0-11 mois touche moins d'enfants : seulement 21,9%. A 0-11 mois, il n'y a pas de différences entre garçons et filles, alors que l'influence des provinces est assez forte. La proportion d'enfants nourris de façon appropriée est nettement plus élevée à SAB (36,7%) et plus faible dans la province Est (18,7%). L'alimentation adéquate est aussi mieux suivie en milieu urbain où 31,2% des enfants de 0-11 mois sont nourris correctement contre 18,5% en milieu rural. L'influence du niveau d'instruction sur la pratique de l'alimentation adéquate est presque la même : 32,5% des enfants de 0-11 mois dont la mère a le niveau secondaire sont nourris de façon appropriée contre 18,5% parmi les enfants des mères sans instruction. Les différences sont encore plus nettes du point de vue du niveau de vie. Si parmi les plus riches, plus d'un enfant sur trois (36,5%) est nourri correctement, seulement 17,7% des enfants des plus pauvres reçoivent une alimentation appropriée. Les recommandations relatives à la bonne pratique alimentaire sont mieux suivies par les Brames dont près de trois enfants sur dix (29,6%) sont nourris correctement que par les Fula/Mandinga (18,2%). Les différences observées dans les catégories sociales pour les enfants de 0-11 mois sont presque les mêmes pour les enfants de 6-11 mois.

Iodation du sel

Les troubles liés à la carence en iode (TCI) sont la principale cause au monde de l'arriération mentale susceptible d'être évitée et du retard du développement psychomoteur du jeune enfant. Sous sa forme la plus extrême, la carence en iode est responsable du crétinisme. Elle augmente également le risque de décès d'enfants à la naissance et de fausse couche chez la femme enceinte. La carence en iode est plus généralement et visiblement associée au goitre. Les TCI sont surtout responsables de l'arriération mentale et contribuent ainsi aux mauvais résultats scolaires, à la réduction du quotient intellectuel et à un moindre rendement au travail. L'objectif international était de parvenir à une élimination durable de la carence en iode d'ici 2005. L'indicateur est le pourcentage de ménages consommant un sel iodé de façon adéquate (>15 parts par million).

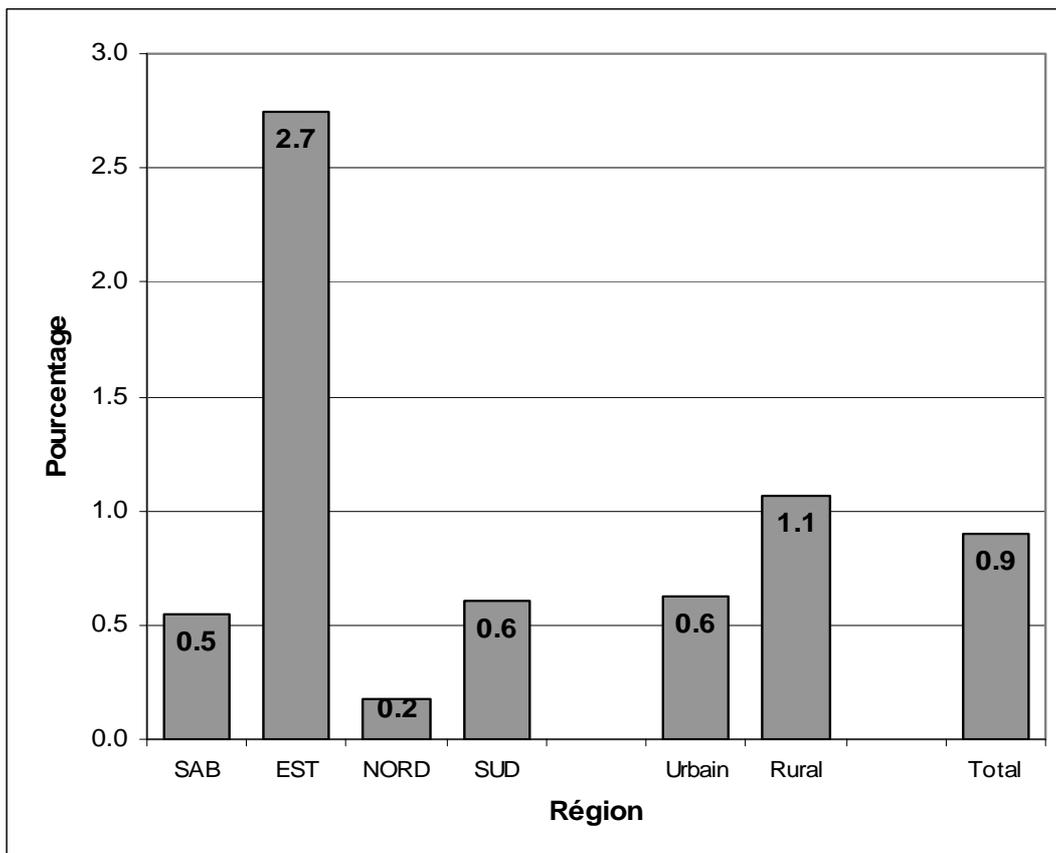
En Guinée-Bissau, un programme d'appui au processus d'iodation du sel produit localement par les femmes a été développé et implémenté. Le processus de production adopté était simple et consistait en la dilution de 720 gr d'iodate de potassium dans 10 litres d'eau, solution dont 240 millilitres seront ensuite pulvérisés sur 60 kg de sel local, ce qui permet d'obtenir 100 ppm à la sortie de la machine. Trois associations de femmes basées respectivement à Kapa 3 (Région d'Oio), Buba (Région de Quinara) et Bissa

(Région de Biombo), ont reçu l'appui de l'UNICEF pour mener à bien ce processus. L'absence de loi, le manque de formation de ses membres, une gestion défailante et la suspension de leurs activités par les associations elles-mêmes, ont freiné le processus. Deux de ces associations (Kapa 3 et Buba) ne fonctionnent même plus.

Dans 97,1% des ménages, des kits de test de l'iodate de potassium ont été utilisés pour déterminer la teneur en iode du sel de cuisine et évaluer son niveau de PPM. Le Tableau NU.5 montre que 1,0% des ménages seulement n'avait pas de sel. L'utilisation de sel adéquatement iodé est une pratique presque inconnue en Guinée Bissau. Dans 98,1% des ménages où le sel a été testé, le résultat est inférieur à 15 parts par million (<15 ppm), signifiant que la presque totalité des ménages consomment du sel inadéquatement iodé. Moins d'un ménage sur dix (seulement 0,9%) utilise du sel dont la teneur est correcte (c'est-à-dire contenant >15 ppm).

Bien qu'elle soit une pratique très rare dans le pays, comme illustré dans la Figure NU.4, la consommation de sel correctement iodé est plus fréquente dans les ménages de la province Est (2,7%) et plus faible dans la province Nord où cette pratique est presque inconnue (0,2%), en milieu rural (1,1% contre 0,6% en milieu urbain). Résultat inattendu : le niveau de vie ne semble avoir aucun effet sur l'utilisation du sel adéquatement iodé.

Figure NU. 4: Pourcentage de ménages consommant du sel adéquatement iodé



Supplémentation en vitamine A

La vitamine A est essentielle pour la santé des yeux et le bon fonctionnement du système immunitaire. On la trouve dans des aliments comme le lait, le foie, les œufs, les fruits rouges et oranges, l'huile de palme rouge et les légumes à feuilles vertes, bien que la quantité de vitamine A que le corps tire de ces sources varie largement. Dans les régions en développement, où la vitamine A est largement consommée sous forme de fruits et de légumes, la consommation quotidienne par habitant est souvent insuffisante pour couvrir les besoins alimentaires. Cette consommation insuffisante est encore aggravée par l'augmentation des besoins en vitamine A durant la croissance de l'enfant ou durant les périodes de maladie ainsi que par les pertes accrues durant les infections générales de l'enfance. En conséquence, la carence en vitamine A est assez répandue dans les pays en développement et particulièrement dans les pays où le taux de mortalité dans l'enfance est le plus élevé.

Le Sommet mondial pour les enfants de 1990 s'était fixé comme objectif l'élimination presque totale, d'ici l'an 2000, de la carence en vitamine A et de ses conséquences comme la cécité. Cet objectif a également été approuvé par la Conférence politique sur Ending Hidden Hunger de 1991, la Conférence internationale sur la nutrition de 1992 et la Session spéciale de l'Assemblée Générale de l'ONU sur les enfants de 2002. Le rôle essentiel de la vitamine A pour la santé de l'enfant et le renforcement du système immunitaire fait du contrôle de sa carence un élément essentiel des efforts pour la survie de l'enfant et la réalisation du quatrième Objectif du millénaire pour le développement : la réduction de deux tiers de la mortalité des moins de cinq ans d'ici 2015.

Pour les pays comme la Guinée-Bissau, qui ont des problèmes de carence en vitamine A, les recommandations internationales actuelles préconisent l'administration d'une dose élevée de vitamine A tous les quatre à six mois, à tous les enfants de 6 à 59 mois vivant dans les régions affectées. Donner aux jeunes enfants deux capsules de vitamine A par an est une stratégie sûre, peu coûteuse et efficace pour éliminer la carence en vitamine A et améliorer la survie des enfants. Donner de la vitamine A aux nouvelles mères allaitantes aide à protéger leurs enfants durant les premiers mois de la vie et aide à la reconstitution de leurs réserves en vitamine A, réserves qui s'épuisent pendant la grossesse et l'allaitement. Pour les pays qui ont des programmes de supplémentation en vitamine A, la définition de l'indicateur est le pourcentage des enfants de 6 à 59 mois qui ont reçu au moins une dose de supplément en vitamine A au cours des six derniers mois.

En Guinée-Bissau, sur la base des directives de l'UNICEF/OMS, le ministère de la Santé a recommandé que les enfants de 12-59 mois reçoivent une capsule de vitamine A tous les six mois. Dans certaines provinces du pays, les capsules de vitamine A sont associées aux services de santé et sont administrées lorsque l'enfant entre en contact avec ceux-ci durant les six mois suivants. Chaque année, le ministère de la Santé, avec l'appui des partenaires, organise des campagnes nationales de vaccination. Le ministère de la Santé a également recommandé que les mères prennent un supplément en vitamine A, huit

semaines avant l'accouchement, en raison des besoins accrus en vitamine A pendant la grossesse et l'allaitement.

Le Tableau NU.6 montre qu'au cours des six mois qui ont précédé l'enquête, 58,6% des enfants de 6-59 mois ont reçu une dose élevée de suppléments en vitamine A. La supplémentation en vitamine A est plus fréquente à SAB (71,7%) et moins répandue dans la province Sud (37,1%). Dans les provinces Est et Nord, plus de la moitié des enfants ont reçu une supplémentation en vitamine A : respectivement 67,2% et 54,5%. Cette proportion est plus importante en milieu urbain (66,6%) qu'en milieu rural (55,4%).

La distribution par âge de la supplémentation en vitamine A montre qu'au cours des six derniers mois, la proportion d'enfants touchés est passée de 63,4% pour les enfants 6-11 mois à 58,0% pour ceux de 12-23 mois. Ensuite, elle a continué de baisser jusqu'à 56,0% pour les enfants de 48-59 mois qui ont la couverture la plus faible.

Le niveau d'instruction influe sur les chances de recevoir un supplément en vitamine A. Ainsi, les enfants des mères sans instruction reçoivent moins souvent que les enfants des mères instruites, une supplémentation en vitamine A : seulement 56,7% d'entre eux ont reçu un supplément au cours des six derniers mois tandis que cette proportion passe à 63,7% pour ceux des mères ayant le niveau d'éducation primaire et à 68,6% pour ceux dont la mère a le niveau secondaire ou supérieur.

S'agissant de la supplémentation post-partum des mères, le Tableau NU.7 montre que 57,4% des femmes ayant eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête ont reçu un supplément en vitamine A, avant la huitième semaine suivant l'accouchement. Cette proportion est plus élevée à SAB (65,0%) et plus faible dans la province Nord (54,9%). La situation est plus favorable en milieu urbain (64,5%) qu'en milieu rural (54,6%). La proportion de mères ayant reçu une supplémentation en vitamine A augmente avec le niveau d'instruction, avec des différences entre catégories qui restent dans les mêmes proportions : 54,2% parmi les mères sans éducation et plus de 65,0% si la mère a au moins le niveau primaire.

Faible poids à la naissance

Le poids à la naissance est un bon indicateur, non seulement de la santé et du statut nutritionnel de la mère, mais également des chances de survie, de croissance, de santé à long terme et de développement psychosocial du nouveau-né. Un faible poids à la naissance (moins de 2500 grammes) comporte une série de risques graves pour la santé des enfants. Les bébés sous-alimentés dans le ventre de leur mère courent un risque plus élevé de mourir au cours de leurs premiers mois et années de vie. Ceux qui survivent de cette sous-alimentation précoce, ont un système immunitaire affaibli et courent plus de risques de tomber malades; ils vont probablement rester malnutris, ce qui va entraîner une réduction de leur force musculaire tout au long de leur vie. En outre, ils seront davantage exposés au diabète et aux maladies cardiovasculaires à l'âge adulte. Les enfants présentant un faible poids à la naissance ont tendance à avoir un quotient

intellectuel plus bas et des troubles cognitifs qui ont une incidence sur leur réussite scolaire et leurs opportunités d'emploi quand ils deviennent adultes.

Dans les pays en développement, un faible poids à la naissance découle principalement d'une mauvaise santé et d'un mauvais statut nutritionnel de la mère. Trois facteurs ont le plus d'impact: le mauvais statut nutritionnel de la mère avant la conception, sa petite taille (due principalement à la malnutrition et aux infections contractées durant son enfance) et une mauvaise nutrition durant la grossesse. La prise de poids insuffisante durant la grossesse joue un rôle particulièrement important puisque responsable en grande partie du retard de la croissance du fœtus. Qui plus est, des maladies comme la diarrhée et le paludisme, qui sont courantes dans de nombreux pays en développement, peuvent sensiblement retarder la croissance du fœtus si la mère en est atteinte durant sa grossesse.

Dans les pays industrialisés, le tabagisme durant la grossesse est la principale cause du faible poids à la naissance. Dans les pays développés comme dans ceux en développement, les adolescentes qui donnent naissance à des enfants alors qu'elles n'ont pas terminé leur propre croissance, courent le risque de mettre au monde des enfants souffrant d'insuffisance pondérale.

Un des principaux obstacles à l'évaluation de l'incidence du faible poids à la naissance est le fait que plus de la moitié des nourrissons ne sont pas pesés à la naissance dans les pays en développement. Par le passé, la plupart des estimations de la faiblesse du poids à la naissance dans les pays en développement étaient basées sur les données collectées auprès des structures sanitaires. Cependant, ces estimations sont en général biaisées du fait que la majorité des nouveaux-nés ne naissent pas dans ces structures, et ceux qui y voient le jour ne représentent qu'un échantillon sélectif de toutes les naissances.

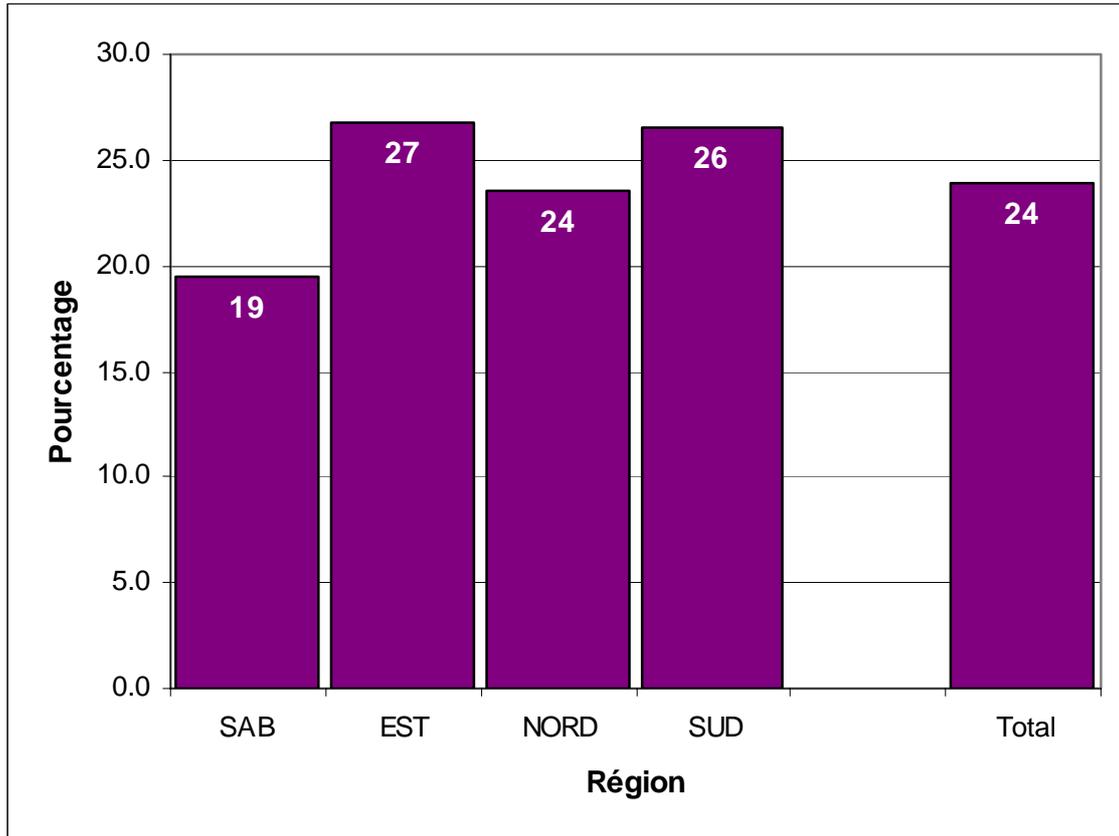
Etant donné que de nombreux nourrissons ne sont pas pesés à la naissance et que ceux qui le sont peuvent constituer un échantillon biaisé, les poids à la naissance notifiés ne peuvent généralement pas être utilisés pour évaluer la prévalence du faible poids à la naissance pour tous les enfants. Par conséquent, le pourcentage des naissances dont le poids est inférieur à 2500 grammes est calculé à partir de deux éléments du questionnaire: l'évaluation faite par la mère de la taille de l'enfant à la naissance (c'est à dire 'très petit', 'plus petit que la moyenne', 'moyen', 'plus gros que la moyenne', 'très gros') et le rappel de la mère du poids ou le poids tel qu'enregistré sur une fiche de santé si l'enfant a été pesé à la naissance⁴.

Le Tableau NU.8 montre qu'au niveau national, 41,5% des bébés ont été pesés à la naissance et 23,9% d'entre eux sont considérés comme ayant moins de 2500 grammes à la naissance, comme illustré dans la figure NU.5. La fréquence du faible poids à la naissance varie selon la province avec un niveau plus élevé dans les provinces Est et Sud (respectivement 26,8% et 26,5%) que dans SAB (19,5%). Le risque d'insuffisance pondérale baisse avec l'urbanisation et le niveau d'instruction de la mère. La proportion

⁴Pour une description détaillée de cette méthodologie, voir Boerma, Weinstein, Rutstein and Sommerfelt, 1996.

du faible poids à la naissance est plus élevée en milieu rural (25,3% contre 20,3% en milieu urbain) et parmi les enfants de mères sans instruction (25,5% contre 21,3% et 17,1% quand la mère a respectivement le niveau primaire et secondaire ou plus). Le groupe ethnique et le niveau de vie influent aussi sur la fréquence de l'insuffisance pondérale qui est plus répandue parmi les pauvres et les Balantes.

Figure NU. 5: Pourcentage des enfants pesant moins de 2.500 grammes à la naissance



VI. Santé de l'Enfant

Couverture vaccinale

Le quatrième Objectif du Millénaire pour le développement (OMD 4) est de réduire la mortalité infantile de deux tiers entre 1990 et 2015. La couverture vaccinale joue un rôle essentiel pour l'atteinte de cet objectif. La vaccination a sauvé les vies de millions d'enfants en trois décennies depuis le lancement du Programme élargi de vaccination (PEV) en 1974. Vingt sept millions d'enfants à travers le monde ne bénéficient toujours pas d'une vaccination systématique et comme conséquence, les maladies évitables par la vaccination causent plus de deux millions de décès par an.

Un des objectifs d'Un Monde Digne des Enfants est de garantir la couverture vaccinale totale de 90% des enfants de moins d'un an au niveau national, avec une couverture d'au moins 80% dans chaque district ou unité administrative équivalente.

Selon les directives de l'UNICEF et de l'OMS, un enfant devrait recevoir la vaccination du BCG pour le protéger contre la tuberculose, trois doses de la DTC pour le protéger contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, trois doses de vaccin contre la poliomyélite et une vaccination contre la rougeole à l'âge de 12 mois. En Guinée-Bissau, le PEV a été lancé depuis 1984 et comprend dans les activités de routine, la vaccination des enfants contre le BCG, la DTC 1-2-3, la Polio1-2-3 et la rougeole ainsi que la vaccination des femmes en âge de procréer contre le tétanos néonatal. Le pays a organisé entre 2000 et 2005 deux campagnes annuelles de vaccination contre la Polio. En 2006, une campagne nationale de vaccination contre la rougeole a été menée, ciblant les enfants de 9 mois à 15 ans. Durant ces différentes campagnes, il a été intégré la supplémentation en Vitamine A pour les enfants de moins de cinq ans. Le Plan d'action pour l'élimination du tétanos néonatal élaboré en 2005 est mis en œuvre à partir de 2007 à travers trois campagnes de vaccination contre le tétanos néonatal de toutes les femmes en âge de procréer.

Durant l'interview, il a été demandé aux mères de produire les carnets de vaccination pour les enfants de moins de cinq ans. Les enquêteurs ont recopié les informations relatives à la vaccination dans le questionnaire de la MICS.

Au niveau national, 78,3% des enfants avaient un carnet de santé. En cas d'absence de carnet, l'enquêteur demandait à la mère de se rappeler si l'enfant avait reçu ou non chacune des vaccinations précitées. Pour la DTC et la Polio, la mère devait aussi indiquer le nombre de fois que l'enfant les a reçues. Le Tableau CH.1 donne le pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont reçu chacune des vaccinations concernées. Dans ce tableau, l'effectif total des enfants de 12 à 23 mois constitue le dénominateur dans le calcul du pourcentage, afin de s'assurer que les enfants considérés sont suffisamment âgés pour être complètement vaccinés. Le pourcentage a été calculé

en utilisant l'effectif de tous les enfants inscrits comme étant vaccinés à un moment donné avant l'enquête, selon le carnet de vaccination ou le rapport fait par la mère.

Le tableau montre que dans l'ensemble, moins de quatre enfants sur dix (39,9%) ont reçu tous les vaccins, avant l'âge de 12 mois. Les carnets de vaccination ont servi à confirmer les cas de vaccination : pour toutes les vaccinations confondues, le carnet a été exhibé dans la moitié des cas (49,6%). Cette preuve que la vaccination a été faite, le Tableau CH.1 en donne l'illustration, indiquant que le taux varie selon le type de vaccin : BCG (75,7%), DTC 1(70,2%), DTC 2 (65,1%), DTC 3 (57,4%), Polio 0, (56,2%), Polio 1(73,4%), Polio 2 (67,2%), Polio 3 (61,0%) et Rougeole (63,5%). Le tableau montre aussi qu'avant l'âge de 12 mois, 87,1% des enfants ont été vaccinés contre le BCG, 80,1% ont reçu la DTC 1, 72,2% la DTC 2 et 59,1% la DTC 3. De même, 62,8% ont reçu le vaccin Polio 0, 84,9% le vaccin Polio 1, 74,1% le vaccin Polio.2, 59,7% le vaccin Polio 3. Environ 71,2% ont reçu un vaccin contre la Rougeole.

Le Tableau CH.2 montre que la couverture vaccinale est associée à certaines variables, notamment la province, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, le niveau de vie. La couverture vaccinale est plus élevée dans la province Est où 60,1% des enfants ont reçu tous les vaccins et plus faible dans le Nord où moins de la moitié des enfants (46,2%) ont été vaccinés contre les maladies ciblées. En milieu urbain, 58,1% des enfants de 12-23 mois sont vaccinés complètement contre 46,7% des enfants en milieu rural. Le niveau d'instruction favorise la couverture vaccinale qui est de 66,6% parmi les enfants dont la mère a le niveau secondaire ou plus, 55,7% parmi ceux dont la mère a le niveau primaire et seulement 45,7% parmi ceux dont la mère n'est pas instruite du tout. Les enfants des plus riches sont privilégiés : le taux de couverture vaccinale est de 64,4% tandis que parmi les plus riches et 42,5% seulement parmi les plus pauvres.

La couverture vaccinale est aussi variable selon la maladie. Le Tableau CH.2 montre qu'au total 88,7% des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu un vaccin du BCG (89,7% des garçons et 87,7% des filles). Ce taux de couverture est plus élevé à SAB (95,5%) que dans les provinces Est (92,0%), Nord (88,3%) et Sud (71,9%). Le taux de couverture est aussi plus élevé en milieu urbain (94,3%) qu'en milieu rural (86,4%). Le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage influencent positivement le taux de couverture du BCG. Le taux est de 87,0% parmi des enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction, 91,0% parmi ceux dont la mère a le niveau primaire et 95,5% parmi ceux dont la mère a atteint le niveau secondaire ou plus. De même, dans les ménages du quintile le plus pauvre, seulement 83,7% des enfants sont vaccinés contre 87,1% dans les ménages du quintile dit pauvre, 88,5% dans les ménages du quintile moyen, 89,2% dans les ménages du quintile riche et 98,3% dans les ménages du quintile le plus riche.

Pour la dose de DTC 1, DTC 2 et DTC 3 administrée aux enfants âgés de 12 à 23 mois, les taux de couverture sont estimés au niveau national à 82,2%, 73,9% et 62,1% respectivement. Avec des taux respectifs de 83,2%, 76,5% et 62,5% les garçons ne sont pas aussi privilégiés que les filles (respectivement 81,0%, 71,1% et 61,7%). SAB est mieux loti avec des taux estimés respectivement à 88,8%, 83,3% et 70,5%, comparé à la province Sud la moins couverte (respectivement 65,5%, 50,6% et 40,6%). Le taux de couverture

concernant le DTC 1, DTC 2 et DTC 3 est aussi plus élevé en milieu urbain (respectivement 87,8%, 81,9% et 69,7%) qu'en milieu rural (respectivement 79,8%, 70,5% et 59,0%). Ce taux de couverture a aussi une corrélation positive avec le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage dans lequel vit l'enfant. Ces taux sont estimés pour les enfants de mère sans niveau d'instruction respectivement à 79,7%, 69,6% et 57,9%, et respectivement à 92,3%, 90,5% et 77,4% pour les enfants dont la mère a reçu une instruction secondaire ou plus. Selon le niveau de vie, les taux de couverture sont respectivement de 79,3%, 67,6% et 54,5% parmi les enfants du quintile le plus pauvre, et respectivement de 91,7%, 88,8% et 76,0% parmi ceux du quintile le plus riche.

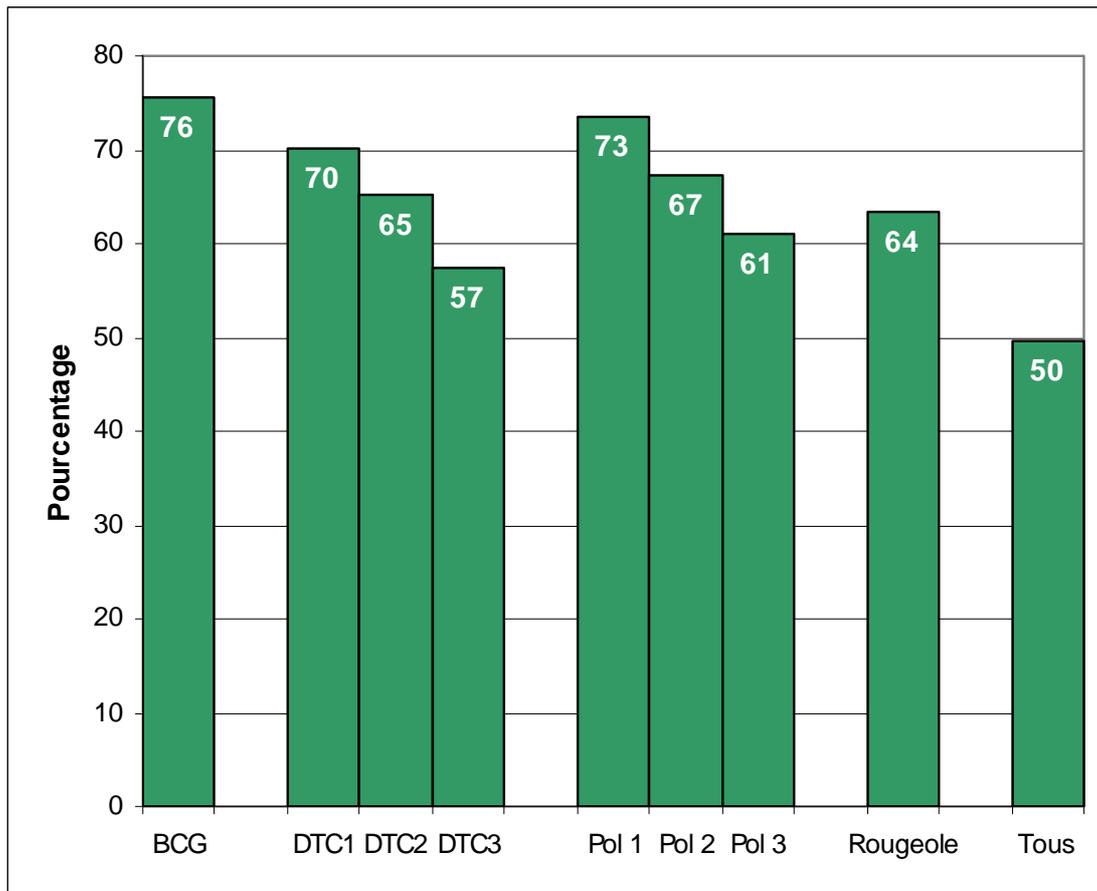
Au niveau national les doses de Polio 0, Polio 1, Polio 2 et Polio 3 administrées ont touché respectivement 64,0%, 86,8%, 76,3% et 63,7% des enfants de 12 à 23 mois. Les garçons sont peu privilégiés avec respectivement 66,3%, 87,7%, 77,8% et 62,3% par rapport aux filles (respectivement 61,7%, 85,8%, 74,7% et 65,2%). SAB est également avantagé avec respectivement 85,5%, 95,5%, 84,2% et 70,9% comparé à la province Sud la moins couverte (respectivement 41,9%, 72,4%, 58,5% et 42,6%). Le taux de couverture avec Polio 0, Polio 1, Polio 2 et Polio 3 est aussi plus élevé en milieu urbain (respectivement 78,4%, 93,0% 83,3% et 70,1%) qu'en milieu rural (respectivement 58,0%, 84,1%, 73,4% et 61,1%). Ce taux de couverture a aussi une corrélation positive avec le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage de l'enfant. Ainsi, les taux sont respectivement de 58,5%, 85,4%, 74,1% et 60,2% pour les enfants de mères sans niveau d'instruction, et respectivement 83,4%, 95,2%, 86,8% et 76,3% pour les enfants dont la mère a une instruction secondaire ou plus. Selon le niveau de vie, les taux de couverture sont respectivement de 56,9%, 82,6%, 70,5% et 57,4% pour les enfants du quintile le plus pauvre, et respectivement de 85,8%, 96,5%, 87,5% et 75,3% pour les enfants du quintile le plus riche.

Le Tableau CH2 montre aussi que plus de trois enfants de 12 à 23 mois sur quatre (75,1%) ont été vaccinés contre la rougeole (76,1% des garçons et 73,9% des filles). Alors qu'à SAB et dans la province Est respectivement 85,3% et 85,6% des enfants sont vaccinés, ce taux est plus faible dans les provinces Nord (70,8%) et Sud (51,9%). La couverture vaccinale de la rougeole est plus élevée en milieu urbain (82,7% des enfants) qu'en milieu rural (71,9%). De même, le taux est plus élevé parmi les enfants de mères instruites : seulement 72,0% parmi les enfants dont la mère n'a aucune instruction contre 79,7% parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et 86,7% parmi ceux dont la mère a atteint le niveau secondaire ou plus. L'indice de richesse a aussi un impact sur le taux de couverture vaccinale de la rougeole : respectivement 70,2%, 71,2% et 71,4% des enfants des quintiles les plus pauvre, pauvre et moyen sont vaccinés, tandis que le taux atteint 78,1% pour les enfants du quintile riche et 89,8% pour les enfants du quintile le plus riche.

Au niveau national 7,7% des enfants âgés de 12 à 23 mois n'ont reçu aucun vaccin contre les maladies d'enfance (6,6% des garçons et 8,9% des filles). Ce manque de couverture est variable selon la province et le milieu de résidence : seulement 2,1% des enfants vivant à SAB contre 7,0% dans la province Est, 7,1% dans la province Nord et 20,8% dans la province Sud la moins couverte. Ce taux est près de trois fois plus faible en milieu urbain : 3,4% des enfants n'ont reçu aucun vaccin contre et 9,5% en milieu rural.

Les enfants de mères instruites courent moins de risque de ne pas être vaccinés contre la rougeole : 8,9% des enfants de mère non instruite n'ont pas reçu de vaccin contre 6,0% des enfants dont la mère a le niveau primaire et 3,4% des enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Le niveau de vie joue également un rôle important dans la couverture vaccinale de la rougeole : si dans les quintiles pauvres un enfant sur dix n'est pas vacciné, cette proportion tombe à 5,5 % dans le quintile riche et à 1,7% dans le quintile le plus riche.

Figure CH. 1: Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu les vaccinations recommandées avant leur premier anniversaire



En Guinée-Bissau, les vaccins supplémentaires recommandés et non encore inclus dans le calendrier de vaccination concernent l'hépatite B, la fièvre jaune et l'hémophilus influenza. Leur introduction dans le calendrier vaccinal est prévue en Septembre 2007. Le calendrier vaccinal en vigueur comprend le BCG et la Polio 0 à la naissance, la DTC et la Polio (3 doses) à la sixième, à la dixième et à la quatorzième semaine, la Rougeole (1 dose) à neuf mois. Il inclut aussi le Tétanos pour les femmes en âge de procréer avec 5 doses dont la première au premier contact, la deuxième après quatre semaines, la troisième après vingt quatre semaines, la quatrième après douze mois et la cinquième douze mois après la quatrième.

Toxoïde tétanique

Un des OMD consiste à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle, avec une stratégie visant à éliminer le tétanos maternel. Un autre objectif est la réduction de l'incidence du tétanos néonatal à moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes. Un objectif d'Un Monde Digne des Enfants était d'éliminer le tétanos maternel et néonatal avant la fin de 2005.

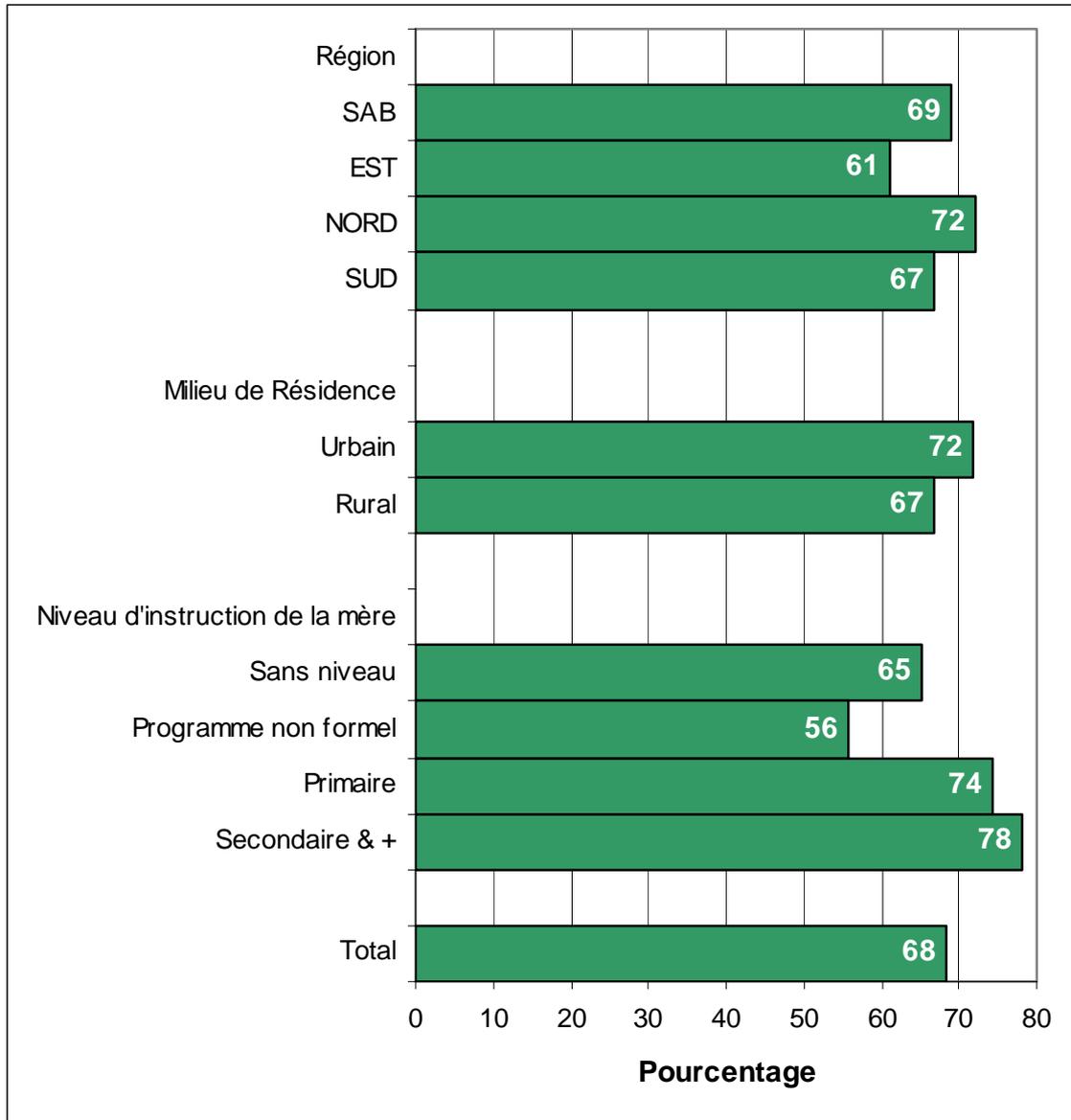
La prévention du tétanos maternel et néonatal consiste à s'assurer que toutes les femmes enceintes reçoivent au moins deux doses de toxoïde tétanique. Cependant, si toutes les femmes n'ont pas reçu deux doses de ce vaccin durant la grossesse, elles sont considérées (ainsi que leur nouveau-né) comme étant protégées si les conditions suivantes sont réunies :

- elles ont reçu au moins deux doses de toxoïde tétanique, la dernière au cours des trois années précédentes;
- elles ont reçu au moins trois doses de toxoïde tétanique, la dernière au cours des cinq dernières années;
- elles ont reçu au moins quatre doses, la dernière au cours des 10 dernières années;
- elles ont reçu au moins cinq doses qui leur assurent une protection pour toute la vie.

Le Tableau CH.3 présente le statut de protection contre le tétanos des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois. Il montre que 68,2% des femmes sont protégées contre le tétanos dont 59,0% ont reçu au moins deux doses durant la grossesse, 7,4% au moins deux doses dans les trois précédentes années, 1,0% au moins trois doses dans les cinq précédentes années, 0,4% au moins quatre doses dans les dix précédentes années et 0,5% au moins cinq doses dans leur vie.

La Figure CH.2 montre la protection des femmes contre le tétanos néonatal selon les caractéristiques du contexte. Le niveau d'instruction constitue le facteur le plus déterminant dans le comportement des femmes en matière de protection contre le tétanos maternel : 78,1% des femmes de niveau secondaire sont protégées contre 74,2% des femmes de niveau primaire et 65,3% seulement de celles qui n'ont pas d'instruction. Sous ce rapport, les femmes de la province Est sont aussi défavorisées : seulement 61,1% d'entre elles sont protégées du tétanos néonatal contre 67,0 à 72,1% des femmes des autres provinces.

Figure CH. 2: Pourcentage des femmes ayant eu une naissance vivante dans les 12 derniers mois qui sont protégées contre le tétanos néonatal



Traitement de la diarrhée par la réhydratation orale

La diarrhée est la deuxième cause principale de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le monde. La plupart des décès liés à la diarrhée dans l'enfance sont dus à la déshydratation du fait de la perte de grandes quantités d'eau et d'électrolytes du corps sous forme de selles liquides. La prise en charge de la diarrhée - soit par les sels de réhydratation orale (SRO) - soit par les fluides faits à domicile recommandés - permet d'éviter nombre de ces décès. Prévenir la déshydratation et la malnutrition par

l'augmentation de l'absorption de fluides et la poursuite de l'alimentation de l'enfant constitue également une stratégie importante pour prendre en charge la diarrhée.

Les objectifs sont : 1) de réduire de moitié les décès dus à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans d'ici 2010 à compter de 2000 (Un Monde Digne des Enfants); et 2) de réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici 2015, à compter de 1990 (Objectifs du Millénaire pour le développement). En outre, parmi les objectifs d'Un Monde Digne des Enfants figure la réduction de 25% de la prévalence de la diarrhée. Les indicateurs sont :

- la prévalence de la diarrhée
- la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO)
- la prise en charge à domicile de la diarrhée
- TRO, augmentation de l'absorption de fluides et poursuite de l'alimentation.

Dans le questionnaire de la MICS, les mères (ou les personnes en charge des enfants) ont été invitées à indiquer si leur enfant avait eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. Le cas échéant, une série de questions ont été posées à la mère sur ce que l'enfant a bu et mangé durant l'épisode et si c'était plus ou moins ce que l'enfant avait l'habitude de manger et de boire.

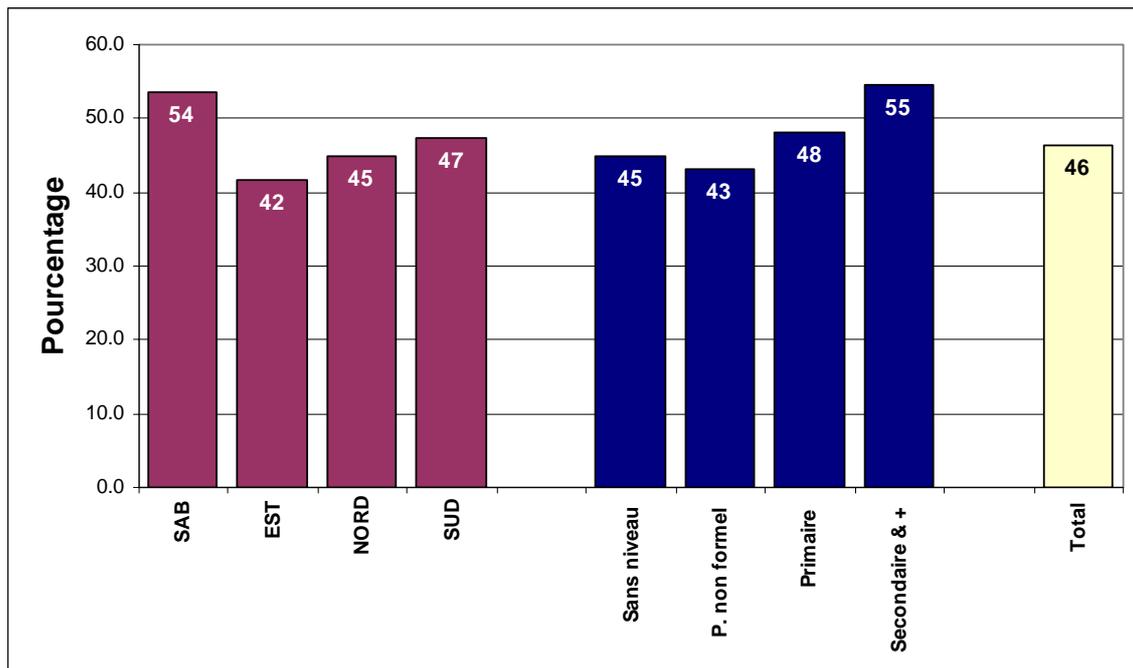
Le Tableau CH.4 montre que d'une manière générale, 12,4% des enfants de moins de cinq ans ont eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. La prévalence de la diarrhée varie de 9,9% dans les régions de l'Est à 14,0% dans celles du Nord. L'âge de l'enfant est le facteur le plus déterminant dans le niveau de prévalence de la diarrhée : de 7,8% à moins de 6 mois, la prévalence passe à 19,5% pour les enfants de 6-11 mois et à 21,4% pour ceux de 12-23 mois, avant de baisser à 12,5% pour les 24-35 et de tomber à 4,4% pour ceux de 48-59 mois. Les pointes observées se situent à l'âge du sevrage (6-23 mois) durant lequel les risques de contamination par les aliments et l'environnement sont plus élevés.

Le Tableau CH.4 présente également le pourcentage des enfants qui reçoivent les différents types de fluides recommandés pendant l'épisode de diarrhée. Étant donné que les mères ont pu citer plus d'un type de fluide, le total des pourcentages n'est pas nécessairement égal à 100. Dans l'ensemble, moins de la moitié des enfants (46,3%) ayant eu la diarrhée ont utilisé une forme quelconque de SRO tandis que 53,7% d'entre eux n'ont eu recours à aucune forme de traitement.

Environ 14,1% des enfants ont reçu des fluides préparés à partir de paquets de SRO, 12,1% ont reçu des fluides de SRO pré conditionnés et 27,4% ont reçu des fluides recommandés préparés à la maison. Selon la figure CH.3, le taux d'utilisation est plus élevé à SAB (53,6% contre 41,7% dans la province Est), en milieu urbain (49,8% contre 44,8% en milieu rural) et parmi les enfants 24-35 mois (54,5% contre 30,4% parmi ceux de moins de 6 mois). L'éducation de la mère et le niveau de vie du ménage influent sensiblement sur le taux d'utilisation de SRO. Les enfants de mères ayant un niveau d'éducation secondaire ont plus de chances de recevoir un traitement par réhydratation orale que les autres enfants (54,5% contre 48,2% quand la mère le niveau primaire et

44,8% quand elle n'a pas reçu d'instruction). Sauf pour le recours aux fluides recommandés préparés à la maison, les enfants des mères instruites sont mieux soignés : respectivement 20,0%, 18,9% et 11,9% pour des fluides préparés à partir de paquets de SRO et respectivement 24,0%, 15,0% et 9,4% pour la SRO pré emballée. Concernant le niveau de vie, les enfants des ménages les plus riches sont les mieux soignés (62,0% d'entre eux reçoivent le SRO), même si la relation reste ambiguë entre les plus pauvres et les quintiles intermédiaires.

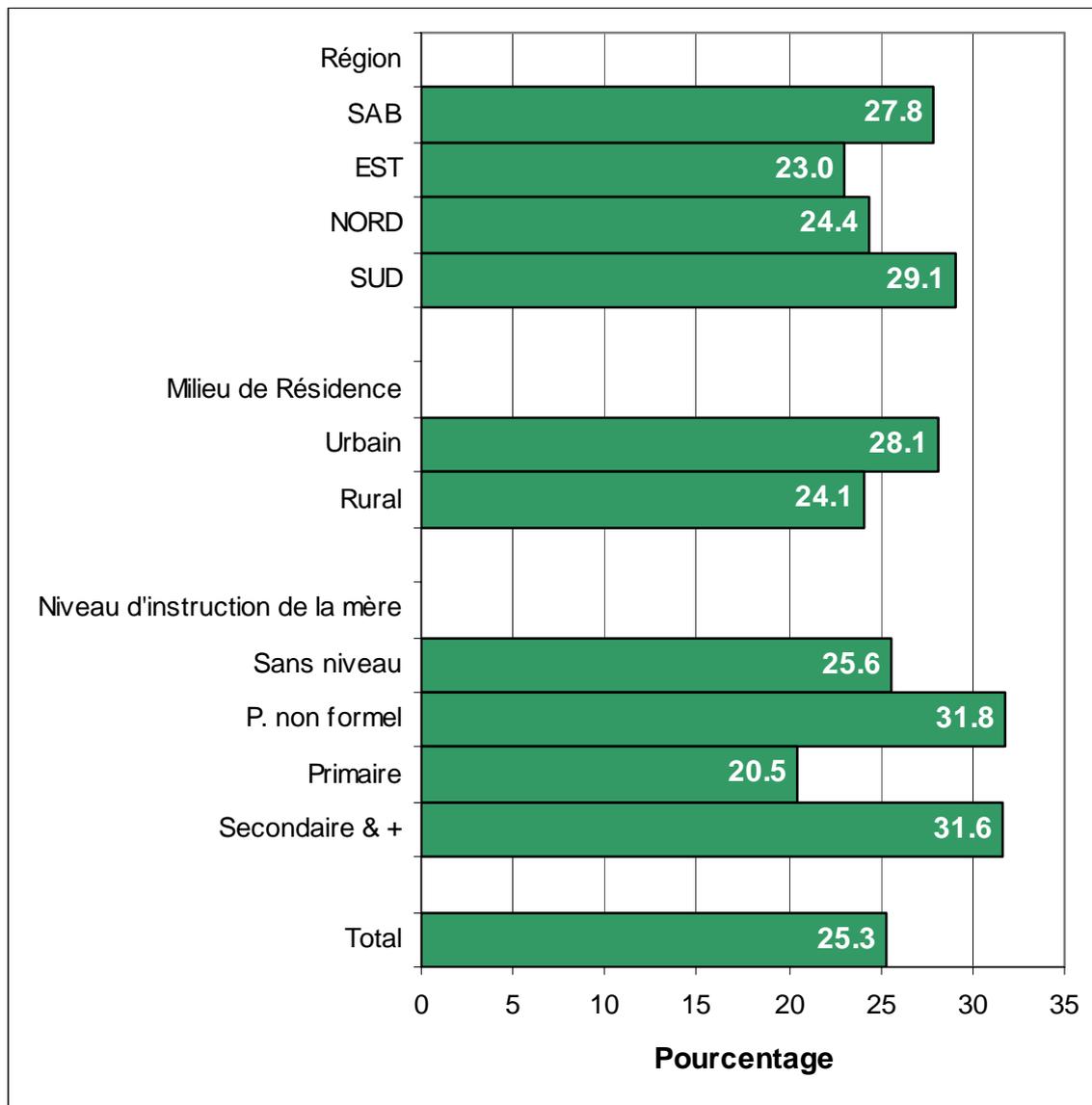
Figure CH. 3: Pourcentage des enfants de 0-59 mois qui ont eu la diarrhée et qui ont reçu une RVO



Concernant la prise en charge de la diarrhée à domicile, le Tableau CH.5 montre que 17,3% des enfants de moins de cinq ans ayant la diarrhée ont bu plus que d'habitude, tandis que 24,7% ont bu autant ou moins. En outre, 44,4% des enfants ont continué à s'alimenter en mangeant un peu moins, autant ou plus que d'habitude tandis que 54,4% ont mangé beaucoup moins que d'habitude ou presque rien. Seulement 25,3% des enfants ont reçu une autre solution de réhydratation ou davantage de fluides, tout en continuant à s'alimenter. On peut déduire des résultats des différents tableaux que seulement 11,0% des enfants ont eu une prise en charge de la diarrhée à domicile alors que 25,3% ont reçu soit une TRO soit davantage de fluides, tout en continuant de manger comme il a été recommandé.

Il existe des différences importantes dans la prise en charge à domicile de la diarrhée selon les caractéristiques du contexte. La différence de prise en charge la plus importante se situe entre régions : dans les régions de l'Est, seulement 6,7% des enfants ont reçu une TRO ou d'avantage de fluides et ont continué de manger, tandis que dans celles du Sud 14,4% des enfants sont concernés.

Figure CH. 4: Pourcentage des enfants de 0-59 mois ayant eu la diarrhée et qui ont reçu un TRO et des liquides additionnels et ont continué l'allaitement



Recherche de soins et traitement antibiotique de la pneumonie

La pneumonie est la principale cause de mortalité chez les enfants et l'utilisation des antibiotiques chez les enfants de moins de cinq ans souffrant de pneumonie présumée est une intervention essentielle. Un des objectifs d'un Monde digne des enfants est de réduire d'un tiers les décès liés aux infections respiratoires aiguës.

Les enfants souffrant de pneumonie présumée sont ceux qui ont eu une maladie avec une toux accompagnée d'une respiration rapide ou difficile et dont les symptômes n'étaient PAS dus à un problème au niveau de la poitrine et à une obstruction nasale. Les indicateurs sont :

- la prévalence de la pneumonie présumée
- la recherche de soins pour une pneumonie présumée
- le traitement aux antibiotiques de la pneumonie présumée
- la connaissance des indicateurs d'alerte de la pneumonie

Le Tableau CH.6 présente la prévalence de la pneumonie présumée et, si des soins ont été cherchés en dehors du domicile, le site d'administration de ces soins. Seulement 4,3% des enfants de 0 à 59 mois ont été signalés comme présentant des symptômes de pneumonie au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. Sur ces enfants, 56,5% ont consulté un prestataire de soins de santé approprié : 28,1% dans un hôpital du Gouvernement, 22,8% dans un centre de santé public, 3,9% dans un poste de santé public et 4,3% ont été assistés par un auxiliaire de santé du village, tandis que 2,5% ont été consultés dans une clinique privée, et 3,0% par un médecin privé.

Le taux de prévalence de la pneumonie suspectée est plus faible dans les régions de l'Est du pays (1,5%) et en milieu rural (3,6%) et plus élevé dans la Capitale (7,3%) et en milieu urbain en général (6,0%). L'influence négative du niveau d'instruction de la mère et du niveau de vie sur la prévalence de la pneumonie présumée est plus significative. La prévalence est plus forte parmi les enfants des femmes de niveau secondaire ou plus (9,4% contre moins de 4,0% parmi les autres) et parmi les enfants des plus riches (7,0% contre 4,3% pour les plus pauvres). Il est fort probable que ces résultats cachent l'effet indirect de l'urbanisation sur les risques de pneumonie : les riches et les plus instruits ont tendance à habiter dans les villes où la dégradation de l'environnement par la pollution (gaz toxiques, par exemple) est notoire.

L'utilisation de prestataires appropriés varie entre 45,2 % dans les régions du Nord et 74,4% dans la Capitale. Ce pourcentage est plus faible en milieu rural (45,4%) qu'en milieu urbain (72,8%). Le niveau d'instruction de la mère influe de façon significative sur la propension à recourir à des prestataires appropriés. La proportion d'enfants consultés par un prestataire approprié en cas de pneumonie présumée est estimée à 49,9% parmi les femmes sans instruction, tandis qu'elle atteint 64,3% quand la mère a le niveau primaire et 73,7% quand elle a une éducation secondaire ou plus. De même, le niveau de vie a un impact significatif sur le recours à un prestataire approprié : le pourcentage passe de 31,9% parmi les plus pauvres à 71,9% parmi les riches et à 81,6% parmi les plus riches.

Le Tableau CH.7 présente l'utilisation des antibiotiques pour le traitement de la pneumonie présumée chez les enfants âgés de moins de cinq ans par sexe, âge, région, milieu de résidence et facteurs socio-économiques. En Guinée-Bissau, 41,9% des enfants âgés de moins de cinq ans souffrant d'une pneumonie présumée ont reçu un antibiotique au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. Les antibiotiques sont plus fréquemment utilisés en milieu urbain (55,0% des enfants contre 33,0% en

milieu rural). Le pourcentage est beaucoup plus élevé dans la Capitale (54,5%) mais baisse de moitié pour tomber à 27,6% seulement dans les régions de l'Est. Ce tableau montre également que le traitement aux antibiotiques de la pneumonie présumée est très faible dans les ménages les plus pauvres (24,0% contre 62,7% dans les plus riches). La tendance est la même pour le niveau d'instruction. La proportion passe de 34,2% quand la mère n'est pas instruite du tout à 51,2% quand elle n'a que le niveau primaire et à 61,3% quand elle a au moins un niveau d'éducation secondaire. La prise d'antibiotique augmente avec l'âge de l'enfant. Si avant l'âge d'un an, les antibiotiques sont utilisés par 36,8% seulement des enfants, à 48-59 mois, cette proportion atteint 61,3%.

Les informations sur la connaissance des signes d'alerte de la pneumonie sont présentées dans le Tableau CH.7A. De toute évidence, la connaissance par la mère des signes d'alerte est un déterminant important de la recherche de soins. Dans l'ensemble, 33,9% des mères/personnes en charge connaissent les deux signes d'alerte de la pneumonie - à savoir une 'respiration difficile' et 'rapide'. La connaissance des signes d'alerte atteint son niveau le plus élevé dans les régions de l'Est (77,9% contre moins de 24,0% dans les autres régions). Par ordre d'importance, les symptômes les plus couramment cités nécessitant que l'enfant soit amené d'urgence dans un service de santé sont : «quand l'enfant développe la fièvre » (87,6%) et «quand l'enfant devient plus malade » (69,8%). Les deux signes d'alerte du risque de pneumonie ciblés, à savoir «quand l'enfant a une respiration rapide » et «quand l'enfant a des difficultés pour respirer », viennent seulement en troisième et quatrième positions, avec respectivement 41,8% et 39,2% des mères qui les ont identifiés.

Utilisation de combustibles solides

Une très large proportion de personnes dans le monde dépendent des combustibles solides (biomasse et charbon) pour leurs besoins en énergie de base comme la cuisson et le chauffage. Faire la cuisine et se chauffer avec des combustibles solides entraînent des niveaux élevés de pollution de l'air intérieur, par la production d'un mélange complexe de polluants nuisibles pour la santé. Le principal problème que pose l'utilisation de combustibles solides vient des émanations d'une combustion incomplète, comme le monoxyde de carbone (CO), les hydrocarbures aromatiques polycycliques, le dioxyde d'azote (SO₂) et autres éléments toxiques. L'utilisation de combustibles solides augmente les risques de maladies respiratoires aiguës, de pneumonie, d'obstruction pulmonaire chronique, de cancer et peut-être de tuberculose, de faible poids à la naissance, de cataracte et d'asthme. Le principal indicateur est la proportion de la population utilisant des combustibles solides comme source principale d'énergie domestique pour la cuisson des repas.

Le Tableau CH.8 montre que l'utilisation de combustibles solides est très répandue en Guinée Bissau : 98,4% des ménages utilisent des combustibles solides pour faire la cuisine. Cette pratique est peu différenciée selon le milieu de résidence : 96,1% des ménages en milieu urbain et 99,7% des ménages en milieu rural utilisent des combustibles solides. D'une manière générale, quelle que soit la catégorie socioéconomique considérée, l'utilisation de combustibles est presque généralisée.

Là où le recours à ces combustibles est le plus bas comme dans les ménages de la Capitale, parmi les ménages dont le chef a un niveau d'éducation secondaire ou plus et parmi les plus riches, la proportion se situe entre 93,0% et 95,0%.

Deux combustibles sont généralement utilisés et le bois reste le plus largement consommé. Près de sept ménages sur dix (69,0%) utilisent le bois pour la cuisson de leur repas et 29,3% ont recours au charbon de bois. Le gaz et l'électricité sont quasi-inexistants (1,2%). Il convient de noter des différences selon le type de combustible utilisé. Le charbon de bois est plus largement utilisé dans la Capitale (90,6% des ménages), chez les plus riches (89,6%), en milieu urbain (74,2%) et parmi les ménages dont le chef a le niveau secondaire ou plus (61,8%). Le gaz/électricité est plus consommé parmi les plus riches (5,7%) et les ménages dont le chef a le niveau secondaire ou plus (5,6%). Le bois est presque l'unique combustible des plus pauvres et des ruraux.

L'utilisation de combustible solide a plus ou moins d'effet sur la pollution intérieure, étant donné que la concentration des polluants est différente selon que le même combustible est consommé dans différents fourneaux. L'utilisation de fourneaux fermés avec des cheminées réduit la pollution intérieure, tandis qu'un fourneau ouvert ou un feu ouvert, sans cheminée ni hotte, signifie qu'il n'y a pas de protection contre les effets nocifs des combustibles solides. Le type de fourneau utilisé avec un combustible solide est présenté dans le Tableau CH.9.

Au niveau national, moins de la moitié des ménages (46,6%) utilisent des fourneaux fermés avec cheminée ou hotte et 45,1%, des fourneaux ouverts ou feu ouvert sans cheminée ou hotte. Les ménages des régions de l'Est, les ménages les plus riches et ceux dont le chef a le niveau d'instruction secondaire ou plus, sont les plus nombreux à utiliser un four fermé avec cheminée (respectivement 57,6%, 51,7% et 50,0%). C'est dans la Capitale (56,6%), parmi les Balantes (54,5%) et en milieu urbain (52,9%) que le four ou feu ouvert sans cheminée ou hotte, est le plus fréquemment utilisé.

Paludisme

Le paludisme est une des principales causes de décès chez les enfants âgés de moins de cinq ans en Guinée-Bissau. Il contribue également à l'anémie chez les enfants tout en étant responsable d'un fort absentéisme scolaire. Des mesures de prévention, particulièrement l'utilisation de moustiquaires imprégnées, peuvent réduire de manière appréciable les taux de mortalité du paludisme chez les enfants. Dans les régions où le paludisme est endémique, les recommandations internationales suggèrent de traiter toute fièvre de l'enfant comme s'il s'agissait du paludisme et de donner immédiatement à l'enfant un traitement complet de comprimés antipaludéens recommandés. Les enfants présentant des symptômes de paludisme sévère, tels que la fièvre ou les convulsions, doivent être amenés dans un établissement de santé. De même, les enfants convalescents du paludisme doivent recevoir des fluides et des aliments supplémentaires et, pour les plus jeunes d'entre eux, continuer d'être allaités.

Le questionnaire comprend des questions sur la disponibilité et l'utilisation des moustiquaires aussi bien dans les ménages que chez les enfants de moins de cinq ans,

ainsi que sur le traitement antipaludéen et la prophylaxie intermittente pour le paludisme. Les résultats présentés dans le Tableau CH.10 montrent qu'en Guinée-Bissau, 79,2% des ménages possèdent au moins une moustiquaire et seulement 43,6% ont au moins une moustiquaire imprégnée. La possession de moustiquaires imprégnées est plus répandue dans les ménages des régions du Nord (56,3% et celles du Sud (44,8%) et moins fréquente dans les régions de l'Est (40,3%) et dans la Capitale (26,8%). La proportion de ménages ayant au moins une moustiquaire est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (81,5% contre 77,8%) tandis que la proportion disposant au moins d'une moustiquaire traitée est plus élevée en milieu rural (48,9% contre 34,5%). Ce contraste inattendu est plus marqué dans la Capitale où près de 83,0% des ménages ont au moins une moustiquaire tandis que moins de 27,0% disposent d'au moins une moustiquaire imprégnée. Le niveau d'instruction et le niveau de vie présentent des tendances similaires avec les moins instruits et les plus pauvres détenant plus de moustiquaires imprégnées.

Selon les résultats du Tableau CH.11, 73,2% des enfants âgés de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête, 39,0% ont dormi sous une moustiquaire imprégnée et plus d'un quart (25,6%) n'a pas dormi sous une moustiquaire. S'agissant de la moustiquaire traitée, il n'y a pas de différences significatives entre les filles et les garçons (39,2% et 38,7%). En revanche, les différences entre le milieu urbain et le milieu rural (respectivement 42,0% et 24,6%) d'une part, et d'autre part, entre les ménages des régions du Nord et ceux des autres régions (respectivement 52,8% et moins de 31,2%) sont assez appréciables.

Des questions sur la prévalence et le traitement de la fièvre ont été posées pour tous les enfants âgés de moins de cinq ans. Selon le Tableau CH.12, 13,5% d'entre eux ont eu de la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. La prévalence de la fièvre est plus forte dans la période de sevrage : elle atteint 16,5% à 12-23 mois et 14,7% à 24-35 mois. La prévalence de la fièvre est plus forte parmi les enfants des Brame (17,0%), parmi les enfants dont la mère a le niveau d'instruction secondaire ou plus (16,2%), dans les régions du Nord (15,2%) et en milieu urbain (15,2%). Elle est plus faible dans les régions de l'Est (9,7%) et parmi les enfants les plus âgés (9,4% parmi les 48-59 ans).

Il a été demandé aux mères de mentionner tous les médicaments administrés à l'enfant pour traiter la fièvre, aussi bien les médicaments donnés à domicile que ceux donnés ou prescrits dans un établissement de santé. Les résultats du Tableau CH.12 montrent que 45,7% des enfants fébriles au cours des deux dernières semaines ont été traités avec un antipaludéen "approprié" et 27,2% ont reçu des antipaludéens appropriés dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition des symptômes.

Les antipaludéens "appropriés" sont le SP/Fansidar, la chloroquine, l'amodiaquine, la quinine, l'association de médicaments à base d'artémisine, etc. En Guinée-Bissau, 41,1% des enfants fébriles dans les deux semaines, ont reçu de la chloroquine et 2,3% du SP/Fansidar. Seulement 1,8% ont reçu la thérapie associée à base d'artémisine. Un enfant sur dix (10,2%) a reçu des médicaments autres que les antipaludéens, y compris des antipyrétiques comme le paracétamol, l'aspirine ou l'ibuprofène.

La proportion d'enfants fébriles qui ont reçu un antipaludéen approprié est plus forte à SAB la Capitale (62,8 %) et plus faible dans les régions du Nord (39,3%). Les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire et plus et ceux vivant en zone urbaine, ont plus de chances d'être traités de manière appropriée (70,4% et 60,2% respectivement) que les enfants dont la mère n'a pas d'instruction et ceux vivant en zone rurale (39,4% et 38,7% respectivement). En ce qui concerne l'administration d'antipaludéens appropriés, il n'y a pas de différences entre les filles et les garçons (45,8% et 45,7%).

La prise d'antipaludéens appropriés dans les 24 heures est plus fréquente parmi les enfants dont la mère a reçu une instruction secondaire ou plus ((57,1%), parmi les plus riches (54,4%), parmi ceux qui vivent à SAB la Capitale (54,0%) et en milieu urbain (46,7%). C'est parmi les plus pauvres (8,3%), les enfants des régions du Nord (17,3%), ceux du milieu rural (17,8%) et parmi les enfants dont la mère n'est pas instruite (19,9%) que le traitement approprié dans les 24 heures a été le moins utilisé.

Il est vérifié que les femmes enceintes vivant dans des zones de forte prévalence du paludisme, ont quatre fois plus de risques que les autres adultes de contracter cette maladie et deux fois plus de risques d'en mourir. En cas d'infection, elles risquent l'anémie, l'accouchement prématuré et de donner naissance à un enfant mort-né. Leurs bébés risquent d'avoir un faible poids à la naissance, ce qui compromet leurs chances de survie au bout de leur première année. Pour cette raison, des mesures sont prises pour protéger les femmes enceintes contre l'infection du paludisme, en leur distribuant des moustiquaires traitées à l'insecticide et en leur faisant prendre des médicaments lors des consultations prénatales (traitement préventif intermittent ou TPI). Dans la MICS, il a été demandé aux femmes de mentionner les médicaments qu'elles avaient reçu durant leur dernière grossesse au cours des deux ans qui ont précédé l'enquête. Elles sont considérées comme ayant reçu une thérapie préventive intermittente si elles ont reçu au moins 2 doses de SP/Fansidar durant la grossesse.

Le traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes ayant accouché au cours des deux années précédant l'enquête est présenté dans le Tableau CH.13 qui montre que 60,3% des femmes de 15-49 ans ont reçu un médicament contre le paludisme durant leur grossesse, 7,4% ont reçu 2 doses ou plus de SP/Fansidar, 48,8% ont reçu la chloroquine et 23,4% d'autres médicaments.

Sources et Coûts d'approvisionnement

Principale cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, le paludisme est un problème de santé publique en Guinée-Bissau. Sa transmission est stable dans tout le pays. En 2005, 179 512 cas de paludisme ont été enregistrés dont 418 décès. Près de 43,0% des cas de paludisme et 64,0% des décès concernent les enfants de moins de cinq ans (Rapport 2005 du PNLP - Programme National de Lutte contre le Paludisme) Les consultations médicales de l'Hôpital National et des trois centres de santé avec système de vigilance ont montré que 55,0% des enfants atteints de paludisme avaient l'anémie (HB \geq 7 et HB<11g/dl) dont 4,0% avaient l'anémie modérée et sévère

(HB<7g/dl). Les femmes enceintes constituent, elles aussi, un groupe vulnérable au paludisme, maladie responsable d'anémie sévère, d'avortements et d'insuffisance pondérale. Combattre cette maladie est une des priorités du gouvernement qui a mis en place un Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) qui est aussi à l'origine d'absentéisme à l'école et au travail.

Le site sentinelle de Canchungo a fait état d'une résistance à la chloroquine de l'ordre de 25,0%. Ainsi, en 2005, la Guinée-Bissau a apporté des changements dans sa politique de traitement du paludisme en adoptant l'Artemether-Lumefantrine pour le paludisme simple du fait de la résistance du Plasmodium falciparum à la chloroquine. Par manque de moyen financier, cette mesure n'est pas encore en application. Pour le traitement des cas graves de paludisme, la formation des agents de santé de toutes les régions du pays a été faite. Cette formation s'appuie sur le manuel de formation de l'OMS et sur des Kits de traitement d'urgence ainsi que sur des médicaments mis à la disposition de l'hôpital national Simao Mendes et du centre de santé de référence de la Région de Bolama/Bijagos. La Quinine EV continue d'être administrée aux malades graves. A l'exception des enfants et des femmes enceintes, la Quinine est aussi indiquée pour le traitement des personnes allergiques à l'Artemether-Lumefantrine. En 2002, le PNLN a obtenu 120.000 moustiquaires imprégnées qu'il a distribuées à un prix modique à tous les centres de santé du pays. En 2005 le Programme a démarré une campagne de distribution de moustiquaires imprégnées de longue durée (MILD), à travers les consultations prénatales (CPN) dans 3 régions sanitaires (Quinara, Tombali et SAB). Depuis 2004, le programme utilise les services de re-imprégnation pour organiser deux campagnes annuelles de re-imprégnation en masse des moustiquaires. Les résultats sont jugés satisfaisants. En 2004 l'Etat a aussi adopté la politique du traitement Préventif intermittent (TPI) pour laquelle il a formé des agents en 2005 pour une mise en place initiale dans 3 des 11 régions sanitaires du pays. Cette politique vise entre autres, à augmenter la couverture en moustiquaires imprégnées chez les populations cibles.

Dans la MICS de la Guinée-Bissau, des questions ont été incluses pour recueillir des informations sur les sources et les coûts de quatre types d'approvisionnement en moustiquaires imprégnées, en antipaludéens, en antibiotiques et en sels de réhydratation orale. Ces informations sont très importantes en ce sens qu'elles permettent, en se basant sur la population, une évaluation de la portée des programmes et de savoir jusqu'à quel point des groupes cibles particuliers sont couverts par ces programmes. Ces informations sont également utiles pour contrôler la fourniture de matériel gratuit ou subventionné et pour l'évaluation des coûts du matériel, étant donné que le prix du matériel peut constituer un obstacle à son utilisation. Pour les responsables de programme souhaitant déterminer la part des secteurs tant public que privé, dans la fourniture de ces approvisionnements, et l'importance relative de chacune des sources, les informations sur les sources et coûts des approvisionnements peuvent être essentielles.

Les sources et coûts de l'approvisionnement en moustiquaires imprégnées (MI) sont fournis dans le Tableau CH.14. Ce tableau donne des informations sur l'obtention des MI auprès de sources publiques et privées, le pourcentage des ménages qui ont obtenu des MI gratuitement et le coût moyen des MI pour les ménages qui les ont payés.

Selon le Tableau CH.14, 29,3% des moustiquaires traitées proviennent du secteur public, 0,6% du secteur privé et 70,1% d'autres secteurs. Des moustiquaires traitées distribuées, 14,2% sont données gratuitement par le secteur public et 48,0% par le secteur privé. Le coût médian pour ceux qui ont acheté les moustiquaires traitées est de 1000 FCFA dans le public et 4945 FCFA dans le privé.

Selon le Tableau CH.15, 54,8% des anti-paludéens proviennent du secteur public et 16,1% du secteur privé. De ces anti-paludéens, 5,1% ont été distribués gratuitement par le secteur public et 4,4% par le secteur privé. Pour ceux qui ont acheté leurs anti-paludéens, le coût médian est de 1500 FCFA dans le public et 2000 FCFA dans le privé.

Les sources et coûts de l'approvisionnement en antibiotiques pour le traitement de la pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans sont présentés dans le Tableau CH.16.

Les antibiotiques pour le traitement de la pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans proviennent à 54,9% du secteur public, à 33,0% du secteur privée et à 12,1% d'autres secteurs. Le secteur public a distribué gratuitement 12,6% de ces antibiotiques tandis que le secteur privé n'a rien fourni à titre gratuit. Le coût médian pour ceux qui ont acheté leurs antibiotiques est de 1782 FCFA dans le public et 3000 FCFA dans le privé.

Les sources et coûts de l'approvisionnement en sels de réhydratation par voie orale (SRO) sont fournis dans le Tableau CH.17 qui indique que 77,4% de ces produits proviennent du secteur public et 11,9% du secteur privé dont 18,8% distribués gratuitement par le secteur public. Pour ceux qui les ont achetés, le coût médian de ces SRO est de 1000 FCFA dans le public et 2376 FCFA dans le privé.

VII. Environnement

Eau et assainissement

L'eau potable est une nécessité de base pour une bonne santé. Une eau non potable peut être un vecteur important de maladies telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde et la schistosomiase. L'eau de boisson peut également être contaminée par des produits chimiques, des matières physiques et radiologiques qui ont des effets néfastes sur la santé humaine. En plus de son association aux maladies, l'accès à l'eau potable peut être très important pour les femmes et les enfants, particulièrement dans les zones rurales où le transport de l'eau, souvent sur de longues distances leur incombe principalement.

L'objectif des OMD est de réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion des personnes qui n'ont pas un accès durable à une eau de boisson potable et à une hygiène de base. L'objectif d'un Monde Digne des Enfants est la réduction d'au moins un tiers la proportion des ménages qui n'ont pas accès à des installations sanitaires hygiéniques et à une eau potable salubre à un coût abordable. La liste des indicateurs utilisés dans la MICS est la suivante :

Eau

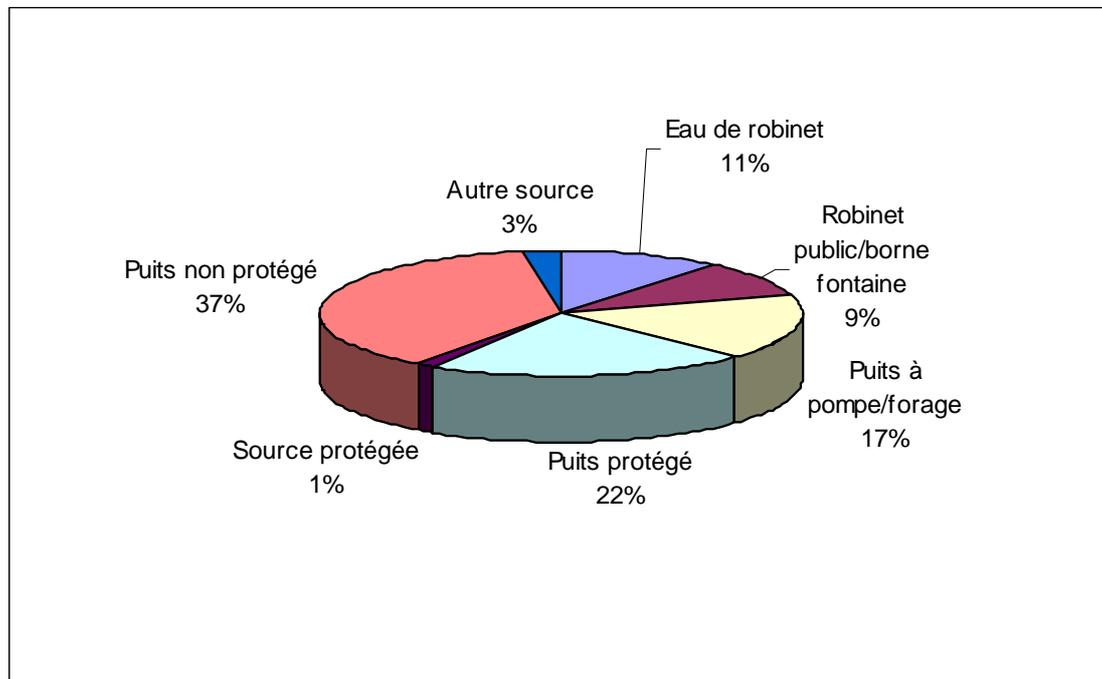
- utilisation de sources d'approvisionnement en eau potable améliorées
- utilisation d'une méthode adéquate du traitement de l'eau
- temps d'approvisionnement en eau potable
- personne recueillant l'eau potable

Assainissement

- utilisation d'installations sanitaires améliorées
- élimination hygiénique des excréments des enfants

La distribution de la population par source d'approvisionnement en eau potable est présentée dans le Tableau EN.1 et la Figure EN.1. La population utilisant des sources d'approvisionnement en eau potable améliorées est celle utilisant l'un des types d'approvisionnement en eau suivants: l'eau courante (dans les habitations, les cours ou les parcelles), les fontaines publiques/bornes fontaines, les puits tubes/forages, les puits protégés, l'eau de source protégée, l'eau de pluie recueillie. L'eau embouteillée est considérée comme une source d'approvisionnement en eau améliorée seulement si le ménage utilise une source d'approvisionnement en eau améliorée pour d'autres besoins, comme la lessive et la cuisine.

Figure EN. 1: Répartition en pourcentage des membres des ménages par source d'eau potable



Dans l'ensemble, 59,9% de la population utilisent une source d'approvisionnement améliorée en eau de boisson, 82,3% dans les zones urbaines et 47,6% dans les zones rurales. Avec moins de la moitié de la population (40,3%) ayant accès à l'eau de boisson d'une source d'approvisionnement améliorée la province Nord est défavorisée par rapport au reste du pays (54,2% au Sud et 62,8% à l'Est). A l'opposé la capitale SAB est privilégiée avec 92,1% de sa population disposant de sources d'eau de boisson améliorées. Le niveau d'instruction du chef de ménage favorise l'approvisionnement à partir de sources améliorées : la proportion passe de 54,4% quand le chef de ménage n'a pas d'instruction à 78,0% quand il a le niveau secondaire ou plus. Le niveau de vie semble plus déterminant : 30,5% parmi les plus pauvres ont accès à une source améliorée contre 91,4% parmi les plus riches. Même au sein des groupes ethniques, l'accès est différencié : 71,3% parmi les Brames et 39,2% parmi les Ballantes.

Le Tableau EN.1 montre que les sources d'approvisionnement en eau de boisson varient considérablement. Au niveau national, les principales sources d'eau potable sont les puits protégés (21,6%) et les puits à pompe/forage (17,3%). A SAB la Capitale, l'eau potable provient directement d'un robinet à l'intérieur du logement pour seulement 11,8% de la population tandis que pour 30,0% elle provient d'un robinet dans leur cour/parcelle et pour 17,8% d'un robinet public/borne fontaine. Dans les provinces, les sources les plus utilisées sont les puits à pompe/forage et les puits protégés (respectivement 40,5% et 12,8% dans la province Est, respectivement 11,0% et 20,3% dans la province Nord et respectivement 21,6% et 28,7% dans la province Sud.). Une importante proportion de la population (40,1%) utilise encore l'eau d'une source non

protégée, donc non-améliorée (puits non protégés, cours d'eau, autre), Dans la province Nord, en milieu rural, parmi les Balantes et les plus pauvres, la grande majorité de la population s'approvisionne à partir d'une source non améliorée.

Pour une analyse du traitement de l'eau, il a été demandé aux ménages de dire de quelle manière ils peuvent traiter l'eau de boisson à domicile, pour la rendre plus sûre à boire. Ont été considérées comme moyens de traitement adéquats de l'eau de boisson, les mesures suivantes : 'la faire bouillir', 'y ajouter de l'eau de Javel ou du chlore', 'utiliser un filtre à eau' et 'utiliser la désinfection solaire'.

Les résultats sur le traitement de l'eau à domicile sont présentés dans le Tableau EN.2 qui donne les pourcentages de la population selon les méthodes appropriées, séparément pour tous les ménages, pour les ménages utilisant des sources d'approvisionnement en eau de boisson améliorées et non améliorées .

Dans l'ensemble, toutes sources d'eau de boisson confondues, seulement 4,5% des ménages utilisent des méthodes appropriées de traitement et 25,9% n'utilisent aucune des méthodes spécifiées ci-dessus. L'utilisation de méthodes appropriée est plus fréquente parmi les ménages les plus riches (12,4% contre 0,7% pour les plus pauvres), dans SAB (près de 10,0%), dans les ménages dont le chef a un niveau d'instruction secondaire ou plus (9,4% contre 2,6% quand le chef n'a pas d'instruction) et en milieu urbain (9,1% contre 1,9% en milieu rural). La méthode qui consiste à «filtrer l'eau avec une linge/coton/éponge » est la méthode le plus largement utilisée (71,0% des ménages) tandis que peu de ménages (5,5%) « laissent reposer/décantent ». Quel que soit le niveau d'analyse considéré, le filtre est la méthode de choix : entre 61,0% dans la province Est et plus de 82,0% parmi les Balantes

Les résultats sur le temps mis pour aller chercher l'eau à la source d'approvisionnement et revenir à la maison ainsi que les informations sur la personne qui recueille habituellement l'eau, sont présentés dans le Tableau EN.3 et le Tableau EN.4 respectivement. Les informations sur le nombre de trajets effectués en une journée n'ont pas été recueillies.

Le Tableau EN.3 montre que seulement 22,4% des ménages ont la source d'approvisionnement en eau de boisson sur place, c'est-à-dire à domicile. Ce type d'accès est plus fréquent dans SAB (52,3%), en milieu urbain (41,4%), dans les ménages les plus riches (58,1%) et ceux dirigés par un chef ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus (39,9%). Il est plus rare dans les provinces Sud (5,6%) et Est (7,1%), en milieu rural (11,2%), dans les ménages les plus pauvres (10,1%) et ceux dirigés par un chef sans instruction (15,2%). Pour 34,1% des ménages, il faut se déplacer, même s'il faut moins de 15 minutes pour aller à la source d'approvisionnement en eau et revenir à la maison, tandis que 20,0% des ménages consacrent entre 15 et moins de 30 minutes à cette tâche. Pour 13,3% des ménages, il faut 30 minutes à moins d'une heure pour aller à la source et revenir. Peu de ménages (5,5%) mettent une heure ou plus pour s'approvisionner en eau potable.

Sauf pour les ménages qui ont accès à l'eau sur place, le temps moyen pour se rendre à la source d'approvisionnement en eau est de 21,3 minutes. Le temps moyen pour s'approvisionner en eau est plus long en milieu rural (22,5 minutes) qu'en milieu urbain (18,0 minutes). Le temps moyen pour s'approvisionner en eau est aussi plus long dans la province Sud (27,5 minutes) et plus court à SAB (16,7 minutes) et dans la province Nord (19,1 minutes).

Le Tableau EN.4 montre que dans la majorité des ménages (93,1%), c'est une femme adulte qui est généralement chargée d'aller chercher l'eau de boisson, quand la source ne se trouve pas sur place. La province Sud se singularise dans sa situation (moins de 80,0% contre 93 à 98,0% dans les autres catégories sociales). Il est rare que les hommes adultes et les garçons de moins de 15 ans aillent chercher l'eau de boisson pour le ménage (respectivement 1,3% et 0,3%), même comparés aux filles de moins de 15 ans (4,7%).

L'élimination inadéquate des excréments humains et une mauvaise hygiène personnelle sont associées à une série de maladies, notamment les maladies diarrhéiques et la polio. Les installations sanitaires améliorées pour l'élimination des excréments sont : les toilettes à chasse d'eau reliées à un système d'égouts, des fosses septiques ou des latrines dont les latrines avec décharges d'eau, les latrines améliorées, les latrines traditionnelles et autres.

Le Tableau EN.5 montre que 68,0% de la population vivent dans des ménages disposant d'installations sanitaires améliorées. C'est à SAB (98,9%), dans les ménages les plus riches (98,8%), en milieu urbain (96,8%) et parmi les ménages dont le chef a un niveau d'instruction secondaire ou plus que ces installations sanitaires sont plus fréquentes. Par contre, dans les ménages les plus pauvres (18,2%), dans la province Nord (46,4%) et en milieu rural (52,1%), ces installations sont plus rares et l'évacuation saine des excréments humains demeure un problème de santé publique.

Si l'utilisation d'installations sanitaires améliorées contribue largement à une bonne santé, peu de ménages en disposent : 4,9% utilisent des toilettes à chasse d'eau reliées à un système d'égouts, à des fosses septiques ou des latrines, 2,6% disposent de latrines avec décharges d'eau et 3,9% de latrines améliorées. L'utilisation de chasses branchées à l'égout est plus répandue chez les plus riches (22,7%), à SAB (17,9%), dans les ménages dont le chef a le niveau d'instruction secondaire ou plus (17,7%) et en milieu urbain (13,0%). Ces installations sont inexistantes dans les autres provinces, en milieu rural et chez les plus pauvres. A l'opposé, la grande majorité de la population (56,5%) dispose de chasses branchées à autre chose et plus de 31,0% de la population n'ont pas de toilettes et 'vont dans la brousse ou à ciel ouvert'. Les chasses branchées à une fosse septique ou à une latrine sont plus répandues à SAB (respectivement 8,7% et 10,5%), en milieu urbain (respectivement 6,8% et 9,0%), dans les ménages dirigés par un chef ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (respectivement 8,1% et 6,4%) et parmi les plus riches (respectivement 11,7% et 14,0%). Ces installations sont quasi-inexistantes dans les autres catégories sociales. Par exemple l'absence de toilettes est largement partagée dans la province Nord (52,8% de la population), en milieu rural (46,8%) et parmi les plus pauvres et les pauvres (respectivement 81,7% et 47,6%)

L'élimination sûre des excréments d'un enfant est l'élimination ou le rinçage des dernières selles d'un enfant dans des toilettes ou des latrines. L'élimination des excréments des enfants âgés de 0 à 2 ans est présentée dans le Tableau EN.6.

Le Tableau EN.6 indique que la proportion d'enfants âgés de 0 à 2 ans dont les excréments sont évacués sagement est estimée à 35,4% au niveau national (58,5% pour la zone urbaine et 26,1% pour la zone rurale). Cette proportion est de 62,2% à SAB, 33,0% pour les provinces Est et Sud et 25,9% pour la province Nord. Les plus riches et les plus instruits sont aussi relativement plus nombreux à évacuer sagement les excréments de leurs enfants (respectivement 63,2% et 60,9%) Seulement 2,8% des enfants âgés de 0 à 2 ans ont utilisé les toilettes/latrines. Pour 32,6% d'entre eux, les excréments sont jetés dans les toilettes/latrines, dans les égouts ou les fosses (6,4%), avec les ordures ménagères (18,3%) ou laissés à l'air libre (27,7%).

Une vue d'ensemble de l'utilisation des sources d'approvisionnement améliorées en eau de boisson et des moyens sanitaires pour l'élimination des excréments est présentée dans le Tableau EN.7. Près de six personnes sur dix (59,9%) utilisent une source d'approvisionnement en eau améliorée. Les sources d'eau améliorées ne sont pas également partagées. Les habitants de SAB (92,1%), ceux qui vivent dans les ménages les plus riches (91,4%) et dans les centres urbains (82,3%) ainsi que les membres des ménages dirigés par un chef ayant un niveau d'éducation secondaire (77,7%), sont les mieux dotés. A l'opposé, les habitants de la province Sud (40,3%), les plus pauvres (30,5%) et les Balantes (39,2%) ont le moins accès à cette source. S'agissant des moyens améliorés pour l'évacuation des excréments, le niveau d'accès est six fois plus faible (11,5% des ménages) mais les tendances sont les mêmes. Ceux qui utilisent le plus les installations améliorées sont les plus riches (48,5%), les habitants de SAB (37,1%), les membres de ménage dont le chef a un niveau d'instruction élevé (32,3%) et ceux qui vivent en milieu urbain (28,8%). Pour les défavorisés, les niveaux d'accès peuvent être très bas : 0,3% parmi les plus pauvres, 2,0% en milieu rural, 2,7% dans la province Nord, et 4,9% dans les ménages dont le chef n'est pas instruit.

Dans l'ensemble, peu de ménages bénéficient d'une bonne couverture, c'est-à-dire des deux sources à la fois : 10,0% seulement utilisent à la fois, des sources d'approvisionnement en eau améliorées et des moyens d'évacuation des excréments améliorés. Les résultats du tableau révèlent aussi des disparités importantes entre le milieu urbain et le milieu rural d'une part, et d'autre part, entre SAB et les autres provinces. Alors que dans les zones urbaines 26,5% des ménages disposent de ces deux sources améliorées, dans les zones rurales, 1,0% seulement des ménages y ont accès. Parmi les ménages de SAB 34,7% utilisent des sources d'eau et des toilettes améliorées tandis que dans les autres régions peu de ménages ont cette possibilité : 3,3% dans le Sud, 2,3% dans l'Est et 1,7% dans le Nord. Le niveau de vie du ménage et l'éducation du chef de ménage semblent jouer le rôle le plus déterminant dans l'accès à ces deux sources : 43,8% parmi les ménages les plus riches et 30,3% parmi les mieux instruits, utilisent ces sources contre respectivement moins de 0,5% parmi les plus pauvres et 3,9% parmi les ménages dont le chef n'est pas instruit.

VIII. Santé reproductive

Contraception

Une planification familiale appropriée est importante pour la santé des femmes et des enfants. Elle permet : 1) la prévention des grossesses trop précoces ou trop tardives ; 2) l'extension de l'intervalle entre les naissances et 3) la limitation du nombre d'enfants. Un objectif d'Un Monde Digne des Enfants est l'accès de tous les couples à l'information et aux services permettant la prévention des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses.

Le Tableau RH.1 montre que parmi les femmes mariées ou en union, 10,3% utilisent actuellement la contraception, dont 6,1% une méthode moderne et 4,2% une méthode traditionnelle. La méthode la plus répandue est celle de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée lactationnelle (MAL) qui est utilisée par 3,5% des femmes mariées ou vivant en union. Suivent le DIU (2,9% des femmes), la pilule (seulement 1,3%). Le reste des utilisatrices (moins de 1,0%) ont recours à d'autres méthodes.

La prévalence de la contraception est plus élevée à SAB (20,8% des femmes) et en milieu urbain (19,0%). Elle est de 11,3% dans la province Sud, 9,8% dans la province Nord et 3,1% dans la province Est et 6,8% en milieu rural. Les adolescentes ont beaucoup moins tendance à utiliser une méthode de contraception que les femmes plus âgées : toutes méthodes contraceptives confondues, seuls 7,2% des femmes mariées ou en union âgées de 15 à 19 ans utilisent actuellement une méthode, comparées à 10,3% parmi les femmes de 20 à 24 ans et à 13,3% parmi celles de 25 à 29 ans.

Il existe une forte corrélation entre le niveau d'instruction des femmes et la prévalence de la contraception. Le pourcentage des femmes qui utilisent une méthode de contraception augmente en passant de 6,2% parmi celles qui n'ont aucune instruction à 17,2% parmi celles qui ont un niveau d'instruction primaire et à 30,6% parmi les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieur. La relation entre le niveau de vie et la prévalence contraceptive est tout aussi forte. La proportion d'utilisatrice passe de 6,2% parmi les femmes les plus pauvres à 13,7% parmi les femmes riches et à 22,5% parmi les plus riches. Outre les différences de prévalence contraceptive, il y a aussi des différences dans le choix des méthodes qui varie selon le niveau d'instruction. Les femmes sans instruction n'utilisent pratiquement pas la pilule ou le DIU (respectivement 0,6% et 1,0%), comparées aux femmes de niveau primaire (respectivement 1,6% et 6,3%) et celles de niveau secondaire ou plus (respectivement 6,8% et 12,6%).

Besoins à couvrir

Les besoins à couvrir⁵ en matière de contraception ou besoins non satisfaits, font référence aux femmes fécondes qui n'utilisent aucune méthode de contraception, mais qui souhaitent reporter la prochaine naissance ou qui souhaitent simplement arrêter d'avoir des enfants. Les besoins à couvrir sont identifiés dans le cadre de la MICS en utilisant une série de questions portant sur les comportements et les préférences actuelles en matière de contraceptifs, de fécondité et de fertilité.

Les femmes dont les besoins ne sont pas couverts en matière d'espacement des naissances sont des femmes mariées (ou en union) actuellement, qui sont fécondes (c'est-à-dire actuellement enceintes ou qui pensent être physiquement en mesure de tomber enceinte), qui n'utilisent pas de contraceptifs présentement et qui souhaitent espacer leurs naissances. Les femmes enceintes sont considérées comme voulant espacer leurs naissances si elles ne souhaitaient pas d'enfants au moment où elles sont tombées enceintes. Les femmes qui ne sont pas enceintes sont classées dans cette catégorie si elles souhaitent avoir un (autre) enfant, mais qui veulent cet enfant au moins dans deux ans ou après le mariage.

Les femmes dont les besoins sont à couvrir en matière de limitation des naissances sont celles qui sont actuellement mariées (ou en union), qui sont fécondes (sont enceintes actuellement ou pensent qu'elles sont physiquement en mesure de tomber enceintes présentement), qui n'utilisent aucun moyen de contraception et qui souhaitent limiter leurs naissances. Ce dernier groupe comprend les femmes qui sont enceintes actuellement mais qui n'avaient pas du tout souhaité cette grossesse et les femmes qui ne sont pas enceintes actuellement mais qui ne souhaitent pas avoir un (autre) enfant.

En résumé, les besoins non couverts en matière de contraception sont simplement la somme des besoins à couvrir en matière d'espacement et de limitation des naissances.

En utilisant les informations sur la contraception et les besoins à couvrir, le pourcentage de la demande satisfaite en matière de contraception est également estimé à partir des données de la MICS. Le pourcentage de demande satisfaite en matière de contraception est défini comme la proportion des femmes mariées ou en union actuellement, qui utilisent une méthode contraceptive, sur la demande totale en matière de contraception. La demande totale de contraception concerne les femmes qui ont des besoins non couverts actuellement (en matière d'espacement et de limitation), plus celles qui utilisent une contraception actuellement.

Le Tableau RH.2 montre les résultats de l'enquête sur la contraception, les besoins à couvrir et la demande en contraception satisfaite. Actuellement, l'utilisation de la contraception au niveau national est de 10,3% et le total des besoins de contraception non satisfaits est de 25,0% (21,4% pour le besoin de contraception non satisfait – pour l'espacement et 3,6% pour le besoin de contraception non satisfait – pour la limitation).

⁵ L'évaluation des besoins à couvrir dans le cadre de la MICS est un peu différente de celle utilisée dans

Le pourcentage de demande de contraception satisfaite est de 29,1% avec des variations importantes entre zone géographiques. La demande est satisfaite à 48,3% à SAB, à 31,3% dans la province Sud, à 31,1% dans la province Nord et seulement à 8,7% dans la province Est. La satisfaction de la demande contraceptive est aussi assez fortement associée à la zone de résidence, à l'âge des femmes, au niveau d'instruction et au niveau de richesse. Le pourcentage de demande satisfaite est estimée à 45,4% en zone urbaine et à plus que deux fois moins (20,7%) en zone rurale. Ce pourcentage passe de 18,3% parmi les 15-19 ans à 22,7% parmi les 20-24 ans et atteint 39,5% parmi les femmes de 45-49 ans. L'écart est plus important si on considère le niveau d'instruction (19,5% quand la femme n'est pas instruite et 63,0% quand elle a le niveau secondaire ou plus) ou le niveau de vie du ménage (21,3% pour les plus pauvres et 53,0% pour les plus riches).

Consultations prénatales

La période prénatale présente des opportunités importantes de faire profiter aux femmes enceintes de plusieurs interventions qui peuvent être vitales pour leur santé et leur bien-être et ceux de leurs enfants. Une meilleure compréhension de la croissance et du développement du fœtus et de sa relation avec la santé de la mère a débouché sur une attention accrue pour le potentiel des soins prénatals comme une intervention susceptible d'améliorer tant la santé de la mère que celle du nouveau-né. Par exemple, utiliser la période prénatale pour informer les femmes et les familles sur les signes de danger et les symptômes ainsi que sur les risques au moment du travail et de l'accouchement, peut constituer un moyen d'assurer aux femmes enceintes un accouchement avec l'assistance d'un prestataire de santé qualifié. La période prénatale donne également l'occasion de fournir des informations sur l'espacement des naissances, reconnu comme un facteur important dans l'amélioration de la survie de l'enfant. La vaccination contre le tétanos pendant la grossesse peut être un moyen de sauver la vie tant de la mère que de l'enfant. La prévention et le traitement du paludisme chez les femmes enceintes, la prise en charge de l'anémie durant la grossesse et le traitement des IST peuvent améliorer considérablement les résultats pour la santé du fœtus et celle de la mère. Les effets des facteurs négatifs comme le faible poids à la naissance, peuvent être réduits par une combinaison des interventions visant à améliorer le statut nutritionnel des femmes et à prévenir les infections (par exemple, le paludisme et les IST) durant la grossesse. Plus récemment, le potentiel de la période prénatale comme point d'entrée pour la prévention et la prise en charge du VIH, en particulier pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, a suscité un regain d'intérêt pour l'accès aux soins prénatals et leur utilisation.

L'OMS recommande un minimum de quatre consultations prénatales sur la base d'un passage en revue de l'efficacité des différents modèles de soins prénatals. Les directives de l'OMS sont précises sur le contenu des consultations prénatales, qui comprennent:

- une mesure de la tension artérielle
- une analyse des urines pour détecter la présence de bactéries et d'albumine
- une analyse sanguine pour dépister la syphilis et l'anémie sévère
- la prise du poids et de la taille (facultative)

Les consultations prénatales effectuées auprès d'un personnel qualifié (médecin, infirmière ou sage-femme) sont assez fréquentes en Guinée-Bissau : 77,9% des femmes reçoivent des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse. Le taux le plus bas est observé dans la province Est (64,0%) et le plus élevé à SAB (84,2%). La couverture des soins prénatals est plus importante dans les zones urbaines (87,0%) que dans les zones rurales (74,3%). De même, elle augmente sensiblement avec le niveau d'instruction de la femme : 74,9% pour les femmes sans instruction, 82,2% pour celles qui ont le niveau primaire et 92,4% pour celles qui ont atteint le niveau secondaire ou supérieur.

Le type de personnel dispensant des soins prénatals aux femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont donné naissance au cours des deux années précédentes est présenté dans le Tableau RH.3. Au niveau national, 14,8% des femmes ont été consultées par un médecin, 47,4% par une infirmière ou une sage-femme et 15,7% par une sage-femme auxiliaire. Cependant, le milieu de résidence, le niveau d'instruction des femmes et le niveau de vie des ménages influent fortement sur la qualité du personnel de santé qui dispense les soins prénatals. Ainsi, celles qui ont le plus de chance de recevoir les soins d'un médecin ou d'une sage femme sont les femmes de SAB (respectivement 24,9% et 52,4%), les femmes du milieu urbain (respectivement 22,6% et 52,2%), les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (respectivement 33,1% et 47,1%) et les femmes les plus riches (respectivement 26,9% et 54,8%). Les femmes les plus défavorisées, c'est-à-dire celles qui ont le moins de chances de recevoir les soins d'un médecin ou d'une sage femme, sont celles de la province Est (respectivement 4,8% et 35,8%) et les femmes de 45-49 ans (respectivement 7,8% et 36,4%).

Les types de services reçus par les femmes enceintes sont présentés dans le Tableau RH.4. Près de neuf femmes enceintes sur dix (88,8%) ont reçu des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse, 51,6% ont fait un test sanguin, 73,0% se sont fait prendre la tension artérielle, 53,2% un prélèvement d'urine et 79,7% ont fait prendre leur poids. Le pourcentage qui a reçu des soins au moins une fois, est variable selon la région de résidence, le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie des ménages. Il est plus élevé en milieu urbain et à SAB que dans les autres provinces (respectivement 94,7% et 94,1% contre 90,1% dans la province Nord, 86,5% dans la province Sud, 83,3% dans la province Est et 86,5% en milieu rural). Les femmes sans instruction et les plus pauvres ont moins bénéficié de ce type de soins pendant la grossesse (respectivement 86,7% et 86,1% contre 97,0% pour les femmes d'un niveau d'instruction secondaire et plus et 95,9% pour femmes des ménages les plus riches.

Assistance pendant l'accouchement

Trois quarts des décès maternels dans le monde surviennent pendant l'accouchement ou dans la période post-partum qui suit immédiatement. La meilleure disposition pour une maternité sans risques c'est de s'assurer qu'un prestataire de soins de santé qualifié avec des compétences de sage-femme est présent lors de chaque naissance, et qu'un moyen de transport est disponible pour l'évacuation vers un centre de soins en obstétrique en cas d'urgence. Un des objectifs d'Un Monde Digne des Enfants est d'assurer que les

femmes puissent accéder facilement et à moindre coût, à une assistance qualifiée pendant l'accouchement. Les indicateurs sont la proportion des naissances avec l'assistance d'un personnel qualifié et la proportion des accouchements dans un établissement de santé. L'indicateur de l'assistance qualifiée pendant l'accouchement est également utilisé pour mettre à jour les progrès réalisés dans le cadre de l'Objectif du Millénaire pour le Développement consistant à réduire le taux de mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015.

La MICS comprenait plusieurs questions pour l'évaluation de la proportion des naissances assistées par un personnel qualifié. Par assistant qualifié, on entend un médecin, une infirmière ou une accoucheuse auxiliaire. Le Tableau RH.5 montre qu'environ 39,0% des accouchements pratiqués au cours de l'année précédant la MICS, l'ont été par un personnel qualifié. Ce pourcentage est plus élevé à SAB (70,4%) et en zone urbaine (68,7%) et plus bas dans la province Est (24,0%) et en zone rurale (26,8%). Dans les autres provinces, les pourcentages d'accouchements assistés sont assez proches (33,8% dans la province Nord et 35,5% dans la province Sud).

Le niveau d'instruction de la femme influe positivement sur ses chances d'être assistée au moment de l'accouchement par une personne qualifiée. Ainsi, plus une femme est instruite, plus elle a de chances d'accéder à une assistance qualifiée : le pourcentage passe de 28,0% parmi les femmes sans instruction à 55,7% parmi celles qui ont un niveau primaire et à 80,1% si la femme atteint un niveau d'instruction secondaire ou plus. De même, plus le ménage de la femme est riche, plus elle a des chances d'accoucher dans les conditions requises. Le pourcentage est de 19,4% parmi les femmes des ménages les plus pauvres, 30,9% parmi celles de niveau de vie moyen et de 78,5% parmi les femmes qui vivent dans les foyers les plus riches. Les femmes Brame ont plus de chances d'être assistées par un personnel qualifié (53,3%) alors que les Balantes sont les moins assistées (30,4%).

Dans l'ensemble, 35,9% des naissances dans l'année précédant l'enquête ont été assistées par un personnel qualifié dans un centre de santé. Seulement 9,0% l'ont été par un médecin, 22,0% par une sage-femme, 7,9% par une sage-femme auxiliaire et 29,5% par une accoucheuse traditionnelle. Les accouchements assistés par un médecin ou une sage femme sont plus fréquents en milieu urbain (respectivement 14,4% et 42,6% contre respectivement 6,8% et 13,6% en milieu rural). Du point de vue du niveau de qualification du personnel de santé, les femmes de SAB sont les mieux assistées (15,6% par un médecin et 46,0% par une sage femme) tandis que les femmes de la province Est sont les plus défavorisées sur ce plan (respectivement 1,5% et 14,5%). La qualité de l'accouchement est aussi mieux assurée quand la femme est plus instruite ou quand elle vit dans un ménage riche. Environ 16,0% des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus sont assistées par un médecin et 50,4% par une sage femme tandis que pour les femmes sans instruction ces pourcentages sont respectivement de 6,2% et 15,2%. Chez les femmes les plus riches 15,5% sont assistées par un médecin et 51,6% par une sage femme contre respectivement 4,8% et 10,6% chez les plus pauvres. Les accoucheuses traditionnelles interviennent plus auprès des femmes âgées de 45-49 ans (52,5%) et dans la province Nord (45,0%).

Mortalité maternelle

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont des causes principales de décès et d'infirmité chez les femmes en âge de procréer dans les pays en développement. Il est estimé qu'à travers le monde, environ 529.000 femmes meurent chaque année des suites d'un accouchement. Et pour chaque femme qui meurt, à peu près 20 souffrent de lésions, d'infections et d'invalidités pendant la grossesse ou l'accouchement. Ce qui signifie qu'au moins 10 millions de femmes subissent ce type de complications chaque année.

La complication fatale la plus courante est l'hémorragie post-partum. La septicité, les complications d'avortements dans des conditions insalubres ou d'un travail prolongé ou bloqué et les troubles hypertensifs de la grossesse, en particulier l'éclampsie, provoquent des décès supplémentaires. Ces complications, qui peuvent survenir à tout moment durant la grossesse et l'accouchement, nécessitent un accès rapide à des services obstétricaux de qualité, équipés pour administrer des médicaments d'une importance vitale, des antibiotiques et des transfusions et pour pratiquer des césariennes et d'autres interventions chirurgicales qui empêchent les décès provoqués par le blocage du travail, l'éclampsie et l'hémorragie rebelle. Un des OMD est de réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

La mortalité maternelle se définit comme le décès d'une femme de causes liées à la grossesse, quand elle est enceinte ou au bout de 42 jours après la fin de la grossesse. Le taux de mortalité maternelle est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Dans le cadre de la MICS, le taux de mortalité maternelle est estimé en utilisant la méthode de sororité indirecte. Afin de recueillir les informations nécessaires pour l'utilisation de cette méthode d'estimation, il est posé un petit nombre de questions aux membres adultes des ménages, concernant la survie de leurs soeurs et le moment du décès par rapport à la grossesse, l'accouchement et la période post-partum pour les soeurs décédées. Les informations recueillies sont alors converties en risques à vie de mortalité maternelle et en quotients de mortalité maternelle⁶.

Les résultats de l'enquête sur la mortalité maternelle sont présentés dans le Tableau RH.6. Noter que ces estimations se rapportent à peu près à 10-14 ans avant l'enquête et s'appliquent uniquement au niveau national, puisque les quotients de mortalité maternelle contiennent généralement de très grandes erreurs d'échantillonnage.

Ainsi, le taux de mortalité maternelle en Guinée-Bissau est estimé à 405 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes durant la période des 10-14 ans précédant l'enquête.

⁶ Pour plus d'informations sur la méthode de sororité indirecte, voir OMS et UNICEF, 1997.

IX. Développement de l'enfant

Il est bien reconnu qu'une période rapide de développement du cerveau a lieu au cours des 3 à 4 premières années de la vie et que la qualité des soins donnés à la maison est un déterminant majeur du développement de l'enfant durant cette période. Dans ce contexte, les activités des adultes avec les enfants, la présence de livres pour les enfants dans la maison et les conditions de prise en charge, sont des indicateurs importants de la qualité des soins donnés à la maison. Un des objectifs d'Un Monde Digne des Enfants est que les "enfants doivent être physiquement sains, mentalement alertes, émotionnellement stables, socialement compétents et prêts à apprendre".

Des informations sur un grand nombre d'activités qui soutiennent l'apprentissage précoce ont été recueillies dans le cadre de cette enquête. Elles sont relatives à l'implication des adultes avec des enfants dans les activités suivantes: lire des livres ou regarder les images des livres, raconter des histoires, chanter, amener les enfants en dehors de la maison, de la concession ou de la cour, jouer avec les enfants, et passer du temps avec eux à désigner, compter ou dessiner des choses. Le Tableau CD.1 montre que durant les trois jours précédant l'enquête 6,1% des enfants de moins de cinq ans vivaient dans des ménages où un adulte est impliqué avec eux dans quatre activités ou plus favorisant l'apprentissage et la maturité scolaire. Le nombre moyen d'activités que les adultes ont entrepris avec des enfants est estimé à 1,6. L'implication du père dans ces activités est presque nulle. Le père n'est engagé que dans 18,6% des cas seulement et sur un nombre moyen limité d'activités (0,3%). Près de 30,0% des enfants de 0-59 mois vivaient dans un ménage sans leur père.

Le sexe de l'enfant n'a aucun effet sur l'implication des adultes dans les activités de promotion de l'apprentissage et de la maturité scolaire : 6,2% des garçons sont concernés contre 6,0% des filles. Par contre, l'engagement du père est plus forte avec les garçons qu'avec les filles : 20,5% des garçons contre 16,9% des filles. Les proportions d'adultes engagés dans des activités d'apprentissage et de maturité scolaire ne sont pas très différentes entre les zones urbaines (8,4%) et les zones rurales (5,2%). L'implication des adultes dans des activités avec les enfants est plus forte dans SAB (9,7%), parmi les enfants de parents plus instruits (respectivement 13,2% et 10,5% quand la mère et le père ont un niveau secondaire ou plus), parmi les plus riches (11,1%). Elle est plus faible dans la province Sud (2,7%), quand la mère et le père n'ont pas d'instruction (respectivement 4,9% et 3,9%) et chez les plus pauvres (3,6%). L'implication du père dans ces activités est plus forte dans la province Nord et dans SAB (respectivement 28,0% et 16,9% contre 7,0% dans la province Est) et parmi les Balantes (28,2% contre la moitié parmi les Fula/Mandinga). Il est intéressant de noter que les tendances sont inversées en ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage. Le pourcentage d'enfants dont la mère est impliquée est 19,5% si la mère n'a pas d'instruction et seulement de 13,1% si elle a le niveau secondaire ou plus. Il est de 23,3% si l'enfant vit dans les ménages les plus pauvres et seulement de 9,4% s'il vit dans les ménages les plus riches.

X. Education

Suivi d'un programme d'éducation préscolaire et prédisposition à la scolarisation

Recevoir une éducation préscolaire dans le cadre d'un enseignement organisé ou d'un programme d'éducation des enfants est important pour la prédisposition des enfants à être scolarisés. Un des objectifs d'Un Monde Digne des Enfants est la promotion de l'éducation de la petite enfance.

Le Tableau ED.1 montre que moins de 10,0% des enfants de 36 à 59 mois suivent un programme d'éducation préscolaire. Si dans l'accès à ce type d'éducation la parité est presque parfaite entre garçons et filles (9,8% de garçons et 10,0% de filles), d'importantes disparités existent entre le milieu urbain et le milieu rural d'une part et entre les différentes provinces d'autre part. En effet, le pourcentage d'enfants touchés atteint 18,5% en zone urbaine alors qu'il n'est que de 6,3% en zone rurale. De même, avec 21,7% d'enfants suivant une éducation préscolaire, SAB jouit d'une situation plus favorable que les provinces Est et Sud où moins de 5,0% des enfants sont concernés. L'âge de l'enfant favorise l'éducation de petite enfance : 6,4% seulement des enfants de 36-47 mois suivent ce type d'enseignement tandis que 13,8% de leurs aînés sont touchés. Le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage ont aussi une influence positive sur l'accès à l'éducation préscolaire. Le pourcentage d'enfants inscrits dans ces programmes est de 6,9% quand la mère n'a pas d'instruction, 15,6% quand elle a un niveau primaire et 24,6% quand elle atteint le niveau secondaire ou plus. Parmi les enfants des ménages les plus pauvres, 3,6% seulement ont la chance de suivre une éducation préscolaire, tandis que ce pourcentage passe à 25,5% pour les enfants qui vivent dans les ménages les plus riches. Même, le groupe ethnique imprime ses marques dans l'accès à l'enseignement préscolaire : les enfants de mère Brame ont plus de chances (16,3% contre 4,9% pour les enfants de mère Fula/Mandinga et 8,3% pour ceux de mère Balante).

Le Tableau ED.1 donne également la proportion des enfants en première année de l'école primaire qui étaient au préscolaire l'année précédente ; cette proportion est considérée comme un bon indicateur de la prédisposition à la scolarisation. Parmi les enfants âgés de six ans actuellement et qui sont en première année du primaire, 15,1% ont suivi un programme d'enseignement préscolaire l'année précédente. La proportion est légèrement plus élevée chez les garçons (17,7%) que chez les filles (12,1%). De même, elle est plus forte en zone urbaine (26,6%) qu'en zone rurale (8,9%). Les disparités entre provinces sont également très importantes : le pourcentage d'enfants en première année du primaire à SAB est plus de trois fois plus élevé que celui de la province Est (33,2% contre 8,8%) et cinq fois plus élevé que dans la province Sud (6,2%), même si dans cette dernière province l'effectif des enfants est statistiquement assez faible pour confirmer une réelle différence. De même, les tendances indiquent que le niveau d'instruction de la mère et le statut socio-économique du ménage semblent influencer la fréquentation

scolaire de l'enfant : 7,8% seulement des enfants de mères sans instruction fréquentent l'école, le pourcentage atteint 33,5% si la mère a l'instruction secondaire ou plus. Pour le niveau de vie les pourcentages sont respectivement de 9,2% pour les plus pauvres et de 32,8% pour les plus riches. Mais là aussi, certains effectifs étant assez faibles, on ne peut se prononcer de façon définitive sur la corrélation positive entre ces facteurs et la prédisposition à la scolarisation.

Fréquentation de l'école primaire et secondaire

L'accès de tous à une éducation de base et l'achèvement de l'éducation primaire par les enfants du monde constituent l'un des buts les plus importants des Objectifs du millénaire pour le développement et d'Un Monde Digne des Enfants. L'éducation est une condition essentielle de la lutte contre la pauvreté, de la responsabilisation des femmes, de la protection des enfants contre le travail dangereux, l'exploitation par le travail et l'exploitation sexuelle, ainsi que de la promotion des droits humains et de la démocratie, de la protection de l'environnement et de l'influence sur la croissance démographique.

Les indicateurs de la fréquentation de l'école primaire et secondaire sont :

- le taux net de nouvelles inscriptions au primaire
- le taux de fréquentation net du primaire
- le taux de fréquentation net du secondaire
- le taux de fréquentation net du primaire des élèves en âge de fréquenter le secondaire
- l'indice de parité des sexes (GPI)

Les indicateurs de la progression scolaire sont les suivants :

- le taux de réussite (survie) jusqu'en cinquième année
- le taux de passage au secondaire
- le taux d'achèvement net du cycle primaire

Le Tableau ED.2 montre que parmi les enfants en âge officiel d'entrer à l'école primaire (7 ans), 28,5% sont présentement inscrits en première année du primaire. Il existe de légers écarts favorables aux filles (30,0% des filles contre 27,3% des garçons). Les différences entre zones de résidence et entre provinces sont un peu plus marquées. Dans SAB et en milieu urbain, respectivement 39,7% et 37,9% des enfants sont inscrits tandis que la proportion est de 24,1% dans la province Nord, 26,8% dans la province de l'Est, 28,7% dans la province du Sud et 24,5% en milieu rural. Il est observé une corrélation positive entre le niveau d'instruction de la mère et le statut socio-économique. Pour les enfants de 7 ans dont la mère a au moins un niveau d'instruction secondaire, 52,5% étaient en première année du primaire, tandis que le pourcentage n'est que de 25,0% chez les enfants dont la mère n'est pas instruite. Dans les ménages les plus riches, cette proportion est de 38,5%, tandis qu'elle est estimée à 20,5% dans les ménages les plus pauvres.

Le Tableau ED.3 présente le pourcentage des enfants en âge d'être au primaire, qui fréquentent un établissement primaire ou secondaire. La majorité des enfants en âge d'être au primaire sont à l'école (53,7%). Ainsi, plus de 46,0% des enfants censés être à l'école ne le sont pas. Les différences liées au genre sont négligeables (54,4% de garçons contre 52,8% de filles) alors que les écarts entre les provinces et entre les zones de résidence sont assez importantes. A SAB, le taux net de scolarisation primaire est de 70,6%, tandis qu'il n'est que de 48,0% dans la province Est, la région la moins scolarisée. Il est intéressant de noter que c'est dans la province Est, la moins scolarisée que les filles sont légèrement avantagées (49,3% contre 46,8% pour les garçons). Entre 7 et 8 ans, ce taux est légèrement favorable aux filles (respectivement 32,0% et 44,6% contre respectivement 29,5% et 41,2% pour les garçons) mais la tendance est inversée à partir de 9 ans. Ce taux est plus élevé dans la zone urbaine (68,9%) que dans la zone rurale (46,4%). Il est observé une corrélation positive entre le niveau d'instruction de la mère et le statut socio-économique d'une part et d'autre part la scolarisation des enfants. Le taux net de scolarisation des enfants de 7-12 ans dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus est de 80,5%, tandis qu'il est de 48,4% seulement parmi les enfants dont la mère n'est pas instruite. Dans les ménages les plus riches, ce taux est de 72,1%, tandis qu'il est de 43,1% dans les ménages les plus pauvres. On peut aussi noter une certaine corrélation entre le taux net de scolarisation et l'âge des enfants : le taux passe de 30,6% pour les enfants de 7 ans à 67,9% pour les enfants de 12 ans.

Alors qu'au primaire 46,0% des enfants ne sont pas scolarisés, le Tableau ED.4 montre que le taux net de fréquentation du secondaire ou du supérieur des enfants âgés de 13-17 ans n'est que de 7,7% (8,2% des garçons et 7,2% des filles). Ce taux est plus élevé à SAB et en milieu urbain (respectivement 16,5% et 14,4%) que dans les autres provinces (entre 2,4% et 5,5%) et en milieu rural (2,8%). L'âge de l'enfant, le niveau de vie du ménage et le niveau d'instruction de la mère, ont un effet positif très marqué sur le taux de scolarisation au secondaire : le facteur multiplicatif varie entre sept et plus de onze. Concernant l'âge, le taux augmente de 1,7% pour les enfants de 13 ans, à 7,1% pour ceux de 15 ans et à 18,5% pour ceux de 17 ans. De même, il passe de 1,7% pour les enfants des familles les plus pauvres à 19,4% pour ceux des familles les plus riches. S'agissant du niveau d'éducation de la mère, le taux estimé à 3,4% seulement pour les enfants de mère sans instruction, passe à 10,4% pour ceux dont la mère a le niveau primaire et à 26,0% pour ceux dont la mère a atteint un niveau secondaire ou supérieur.

Le taux net de fréquentation de l'école primaire des enfants en âge d'être au secondaire est présenté dans le Tableau ED.4W : près de six sur dix (57,2%) parmi les enfants en âge d'être au secondaire fréquentent l'école primaire. Etant donné que le taux de fréquentation au secondaire n'atteint pas 8,0% (Tableau ED4), cela signifie que plus du tiers des enfants de ce groupe d'âges ne sont pas scolarisés.

Le pourcentage des enfants ayant l'âge de fréquenter l'école secondaire et qui fréquentent l'école primaire est plus important dans la capitale et en milieu urbain (respectivement 70,0% et 69,1%) que dans la province Est (42,7%) et en milieu rural (48,5%). Ce pourcentage qui baisse avec l'âge de l'enfant, est légèrement plus important pour les garçons (59,1% contre 55,4% pour les filles). L'effet du niveau d'instruction de la mère et du niveau de vie du ménage sur les retards de scolarisation reste ambigu.

Le pourcentage des enfants entrant en première année et qui atteignent la cinquième année est présenté dans le Tableau ED.5. Parmi les enfants qui entrent en première année, 79,7% atteignent la cinquième année. Ce pourcentage ne comprend pas les enfants qui redoublent des classes et qui finissent par passer en cinquième année. Il n'existe pratiquement pas de différence liée au genre (80,3% pour les garçons et 79,2% pour les filles). Par contre, la différence est nette entre la zone urbaine et la zone rurale (84,1% contre 73,7%), entre les enfants de mère sans instruction et ceux dont les mères sont les plus instruites (85,5% contre 92,7%), et de manière plus significative, entre les enfants des ménages les plus pauvres et ceux des ménages les plus riches (73,1% contre 88,5%).

Le taux d'achèvement net du cycle primaire et le taux de passage au secondaire sont présentés dans le Tableau ED.6. Au moment de l'enquête, seuls 4,1% des enfants en âge d'achever le cycle primaire (12 ans) étaient en dernière année du cycle primaire. Ce taux doit être distingué du taux d'achèvement brut du cycle primaire qui comprend les enfants de tous âges en dernière année du primaire. Ce taux est plus élevé dans la capitale (9,3% contre 1,0% à 4,2% dans les autres provinces) et en milieu urbain (8,7% contre 1,6% en milieu rural), parmi les enfants des ménages les plus riches (11,2% contre 0,6% pour les plus pauvres). Pour le niveau d'instruction, les taux d'achèvement au primaire sont de 2,0% parmi les enfants de mère sans instruction, de 4,5% quand la mère a un niveau primaire et de 18,5% quand elle atteint le niveau secondaire ou plus.

S'agissant du taux de transition au secondaire, seulement 18,9% des enfants qui ont achevé avec succès la dernière année de l'école primaire se trouvaient en première année du secondaire au moment de l'enquête (21,1% parmi les garçons et 15,7% parmi les filles). Ce taux de passage est plus élevé en milieu urbain (21,3%) qu'en milieu rural (11,3%) et dans la province Nord (11,4%), parmi les enfants des ménages les plus riches (22,3%). En ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère, le taux atteint 30,5% parmi les enfants dont la mère a une éducation secondaire ou plus même si pour ces derniers, la faiblesse des effectifs doit pousser à une certaine prudence dans l'interprétation de l'ampleur de la différence observée.

L'information sur la parité entre les sexes (GPI) en matière d'éducation au primaire et au secondaire est fournie dans le Tableau ED.7. Il faut noter que les ratios présentés ici sont obtenus à partir des ratios de fréquentation nets plutôt que des ratios de fréquentation bruts. Ces derniers fournissent une description erronée du GPI, principalement parce que dans la plupart des cas, la majorité des enfants trop âgés qui fréquentent l'école primaire sont des garçons. Le tableau indique que la parité entre les sexes en ce qui concerne l'école primaire est presque parfaite (0,97 comparé à 1,00), ce qui signifie qu'il n'y a pas de différences entre les garçons et les filles pour ce qui est de la fréquentation de l'école primaire. Les écarts de scolarisation au détriment des filles sont légèrement plus prononcés dans la province Sud (0,91), en zone urbaine (0,93) et à SAB (0,93). La parité entre les sexes en ce qui concerne l'école secondaire est de 0,88. Les indices de parités en milieu rural (0,51), dans la province Sud (0,32), dans les ménages les plus pauvres (0,26) et parmi les enfants dont la mère n'a pas d'instruction (0,73), présentent les écarts les plus élevés au détriment des filles. A l'opposé, avec des indices de parité

assez proches de 1,0, c'est presque l'égalité parfaite entre les garçons et les filles de SAB (0,96), ceux des ménages les plus riches (0,96) et ceux dont la mère est instruite (plus de 0,95).

Alphabétisation des adultes

Un des objectifs d'Un Monde Digne des Enfants est de s'assurer de l'alphabétisation des adultes qui est également un indicateur des OMD se rapportant tant aux hommes qu'aux femmes. Dans le cadre de la MICS, étant donné que le questionnaire administré ne s'adresse qu'aux femmes, les résultats présentés ici sont basés uniquement sur l'alphabétisation des femmes de 15 à 49 ans. L'alphabétisation a été évaluée d'après la capacité des femmes à lire une courte déclaration simple ou leur fréquentation de l'école. Le Tableau ED.8 présente le pourcentage de femmes de 15-24 ans qui savent lire et écrire. Dans cette tranche d'âges, seulement 28,6% des femmes sont alphabétisées. Ce pourcentage est de 54,1% à SAB, tandis qu'il varie entre 10,5% dans la province Est à 19,3% dans la province Nord. Le pourcentage de femmes alphabétisées est plus élevé dans la zone urbaine (50,9%) que dans la zone rurale (10,1%). Le niveau de vie semble avoir l'impact le plus déterminant sur les chances d'une femme d'être alphabétisée. En effet, on observe une corrélation positive très nette entre l'alphabétisation des femmes et leur statut socio-économique mesuré à travers les quintiles de l'indice de richesse : 7,4% seulement des femmes vivant dans les ménages les plus pauvres sont alphabétisées tandis que dans les ménages les plus riches 61,6% le sont. Il est aussi intéressant de noter que 26,3% seulement des femmes qui ont fréquenté l'école primaire savent encore lire et écrire alors que moins de 1,0% des femmes qui n'ont pas fréquenté l'école du tout savent lire et écrire. Le groupe ethnique semble aussi influencer sur l'alphabétisation des femmes : les femmes Brame ont plus de chances de savoir lire et écrire que les femmes Fula/Mandinga et les femmes Balantes (42,5% contre respectivement 17,1% et 22,9%). Par contre, l'âge de la femme a très peu d'effet sur ses chances d'être alphabétisée (29,2% pour les femmes de 15-19 ans contre 27,9% pour celles de 20-24 ans).

XI. Protection de l'enfant

Enregistrement de la naissance

La Convention sur les droits de l'enfant stipule que chaque enfant a droit à un nom et à une nationalité ainsi que la protection contre la privation de son identité. L'enregistrement de la naissance est un moyen fondamental de garantir ces droits aux enfants. Un Monde Digne des Enfants stipule l'objectif d'élaborer des systèmes pour garantir l'enregistrement à l'état-civil de chaque enfant, à la naissance ou peu après, et préserver ainsi son droit à avoir un nom et une nationalité, conformément aux lois nationales et aux instruments internationaux compétents. L'indicateur est le pourcentage d'enfants âgés de moins de cinq ans dont la naissance a été enregistrée à l'état-civil.

En Guinée-Bissau, selon le Tableau CP.1, 38,9% des enfants de moins de cinq ans ont été enregistrés à la naissance. Si aucune disparité n'est à signaler entre les pourcentages de garçons et de filles déclarés à la naissance (respectivement 40,4% et 37,4%), par contre, la différence entre la zone urbaine et la zone rurale est nette (respectivement 53,1% et 33,1%). La fréquence de l'enregistrement augmente avec l'âge de l'enfant, le niveau de vie du ménage dans lequel il vit et le niveau d'instruction de la mère. Le pourcentage d'enfants déclarés passe ainsi de 16,8% pour les enfants de 0-11 mois à 34,5% pour ceux de 12-23 mois et à 51,3% pour ceux de 48-59 mois. Il est de 33,4% chez les enfants dont la mère n'est pas instruite, de 50,0% quand la mère a le niveau primaire et de près de 60,0% quand elle a le niveau secondaire ou supérieur. De même, plus le ménage dans lequel vit l'enfant est riche, plus il a des chances d'être déclaré à la naissance : le pourcentage est de 21,1% parmi les familles les plus pauvres, 40,9% parmi celles dont le niveau de vie est moyen et 61,2% parmi les plus riches. La région de résidence est aussi déterminante dans la fréquence de l'enregistrement de la naissance des enfants. Les enfants de SAB ont le plus de chance d'être déclarés à la naissance (57,0%), suivis de ceux de la Province Nord (47,5%) tandis que les enfants de la Province Sud ont de maigres chances (20,0%).

Le pourcentage de mères qui ignorent si la naissance de leur enfant a été enregistrée est très faible (2,7%) pour influencer les résultats présentés ci-dessus. Pour ceux dont la naissance n'a pas été enregistrée, les principales raisons évoquées sont, par ordre d'importance, le coût (34,2% des cas), la distance à parcourir pour faire la déclaration (25,7%) et l'ignorance de l'endroit où se trouve l'état civil (18,9%).

Travail des enfants

L'Article 32 de la Convention sur les droits des enfants stipule: "Les Etats reconnaissent le droit de l'enfant à être protégé contre l'exploitation économique et contre toute forme de travail susceptible d'être dangereuse ou de s'opposer à l'éducation de l'enfant, ou d'être dangereuse pour la santé de l'enfant ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social..." Un Monde Digne des Enfants mentionne neuf stratégies

pour lutter contre le travail des enfants et les OMD préconisent la protection des enfants contre l'exploitation. Dans le cadre du questionnaire de la MICS, plusieurs questions ont porté sur le travail des enfants défini comme l'implication d'enfants âgés de 5 à 14 ans dans des activités professionnelles. Un enfant est considéré comme "travailleur" si durant la semaine qui a précédé l'enquête :

- entre l'âge de 5 à 11 ans: il a effectué au moins une heure de travail rémunéré ou 28 heures de corvées ménagères par semaine.
- entre 12 et 14 ans: il a effectué au moins 14 heures de travail rémunéré ou 28 heures de travail ménager par semaine.

Cette définition permet de faire la différence entre le travail rémunéré et le travail domestique afin d'identifier le type de travail devant être éliminé. Ainsi, les estimations fournies ici représentent la prévalence minimum du travail rémunéré effectué par les enfants, étant donné que certains enfants peuvent se livrer à des activités professionnelles dangereuses pour un nombre d'heures inférieur à celui spécifié dans les critères définis ci-dessus.

Selon le Tableau CP.2, 39,2% des enfants âgés de 5-14 ans (41,1% pour les garçons et 37,0% pour les filles) sont impliqués dans les activités de travail en Guinée-Bissau. Ce pourcentage est plus élevé dans la zone rurale (47,7%) que dans la zone urbaine (22,0%). Au niveau des provinces, ce pourcentage est plus élevé dans la province Sud (49,3%) et plus faibles dans la province Est (43,3%) et à SAB (14,2%). La fréquence du travail des enfants baisse avec le niveau de vie des ménages : 51,2% des enfants vivant dans les ménages les plus pauvres sont touchés alors qu'ils ne sont que 14,2% dans les ménages les plus riches. La fréquence du travail des enfants diminue aussi avec l'âge des enfants : à 5-11 ans, 45,3% des enfants sont impliqués dans des activités professionnelles ou domestiques, pourcentage qui baisse presque de moitié (23,2%) à 12-14 ans.

Le Tableau CP.2 présente aussi les résultats sur le travail des enfants par type de travail. Il montre que parmi les enfants travailleurs, 35,4% travaillent dans l'entreprise familiale et seulement 4,4% sont impliqués dans des activités domestiques pour 28 heures ou plus par semaine. Le travail en dehors du ménage touche 5,2% des enfants dont 2,1% ont un travail rémunéré.

Le Tableau CP.3 présente le pourcentage d'enfants considérés comme travailleurs-élèves ou élèves-travailleurs. Les travailleurs-élèves sont les enfants qui, tout en étant scolarisés, exerçaient une activité rémunérée au moment de l'enquête. Au niveau national, 56,9% des enfants de 5-14 ans sont scolarisés. Dans l'ensemble, 37,0% des enfants âgés de 5 à 14 scolarisés travaillent et 53,7% des enfants travailleurs vont aussi à l'école. Du point de vue de la résidence, c'est en milieu rural que l'on rencontre le plus fréquemment les élèves qui travaillent (50,5% contre 20,2% en milieu urbain). De même, les élèves qui travaillent sont relativement plus nombreux parmi les ménages pauvres (52,6% contre 13,2% parmi les ménages les plus riches) et les enfants dont la mère n'est pas instruite (42,1% contre 15,9% quand la mère à le niveau secondaire ou supérieur). En revanche, les tendances sont inversées en ce qui concerne les enfants qui travaillent tout

en allant à l'école. En effet, les enfants travailleurs qui vont à l'école sont plus fréquents en milieu urbain (70,5% contre 49,9% en milieu rural). Au niveau des provinces, le pourcentage des enfants travailleurs qui vont à l'école est plus élevé dans SAB (76,1% contre 47,3% dans la province Est), en milieu urbain (70,5% contre 49,9% en milieu rural), parmi les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (78,9% contre 50,2% quand la mère n'a pas d'instruction) et parmi les plus riches (77,3% contre 45,6% parmi les plus pauvres). Quel que soit l'indicateur considéré, les différences entre garçons et filles sont négligeables tandis que l'âge de l'enfant est assez déterminant : les élèves les plus jeunes (5-11ans) sont plus enclins au travail (45,1% contre près de la moitié parmi les 12-14 ans) tandis que les enfants travailleurs les plus âgés ont plus tendance à poursuivre leurs études parallèlement à leur travail (69,5% contre 50,6%).

Discipline des enfants

Comme stipulé dans Un Monde Digne des Enfants, "les enfants doivent être protégés contre tout acte de violence....» et la Déclaration du Millénaire préconise la protection des enfants contre les abus, l'exploitation et la violence. Dans le cadre de l'enquête MICS, des questions sur la manière de discipliner les enfants quand ces derniers se conduisent mal, ont été posées aux mères/personnes en charge des enfants âgés de 2 à 14 ans. Il faut noter que pour le module sur la discipline des enfants, un enfant âgé de 2 à 14 ans par ménage a été sélectionné au hasard au cours des travaux de terrain. Sur ces questions, les trois indicateurs utilisés pour décrire les aspects de la discipline des enfants sont : 1) le nombre d'enfants âgés de 2 à 14 ans qui subissent des agressions psychologiques comme punition, des corrections physiques légères ou des corrections physiques sévères ; et 2) le nombre de parents/personnes en charge des enfants âgés de 2 à 14 ans qui croient que pour élever correctement leurs enfants, ils doivent les corriger physiquement.

En Guinée-Bissau, près de 80,0% des enfants de 2 à 14 ans ont subi au moins une forme de punition psychologique ou physique de la part de leurs mères/personnes en charge ou d'autres membres du ménage. En particulier, près de 28,0% des enfants ont fait l'objet de corrections physiques sévères. En outre, 25,0% des mères/personnes en charge, pensent que les enfants doivent être corrigés physiquement, ce qui explique la forte prévalence de la discipline physique notée.

Les corrections physiques légères ou sévères ne s'appliquent pas de façon très différenciée entre les garçons (respectivement 70,6% et 28,7%) et les filles (respectivement 68,4% et 26,6%). De même, on peut constater, toutes punitions psychologiques ou physiques confondues, que les disparités sont relativement faibles en ce qui concerne les autres variables de contexte. Le pourcentage d'enfants ayant subi cette forme de correction varie entre 77,0% et 83,0% au niveau des provinces, entre 79,0% et 82,0% selon le milieu de résidence, entre 79,6% et 80,2% selon le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage. Les écarts en termes de sévérité des corrections physiques sont aussi faibles. En outre, presque dans toutes les catégories sociales considérées, le pourcentage de mères/personnes en charge qui estiment que les enfants doivent être corrigés physiquement pour être bien élevés, tourne autour de la

moyenne, avec cependant deux extrêmes : 18,6% quand la mère à un niveau d'instruction secondaire ou plus et 30,3 % quand l'enfant vit dans la province Est.

Mariage précoce et polygamie

Le mariage avant l'âge de 18 ans est une dure réalité pour de nombreuses jeunes filles. Selon les estimations de l'UNICEF recueillies à travers le monde, plus de 60 millions de femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées/en union avant l'âge de 18 ans. Les facteurs qui influencent les taux de mariage précoce sont: l'état du système d'enregistrement à l'état-civil d'un pays, qui permet d'apporter la preuve de l'âge des enfants; l'existence d'un cadre législatif adéquat assorti d'un mécanisme d'exécution pour se pencher sur les cas de mariages précoces; et l'existence de lois coutumières ou religieuses qui tolèrent cette pratique.

Dans plusieurs régions du monde, les parents encouragent le mariage de leurs filles alors que ces dernières sont toujours des enfants, dans l'espoir que ce mariage va leur profiter tant au plan financier que social, tout en déchargeant la famille d'un fardeau financier. Dans la réalité, le mariage des enfants est une violation des droits humains, qui compromet le développement des filles et débouche souvent sur des grossesses précoces et un isolement social, le peu d'éducation et l'absence de formation professionnelle renforçant la nature inégalitaire de la pauvreté. Le droit à un consentement "libre et entier" d'un mariage est reconnu dans la Déclaration universelle des droits de l'homme - qui stipule qu'un consentement ne peut être "libre et entier" quand l'une des parties concernées n'est pas suffisamment mûre pour prendre une décision éclairée sur un partenaire pour la vie. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes mentionne le droit à la protection contre le mariage précoce dans son article 16, qui stipule: "Les fiançailles et le mariage d'un enfant n'a pas d'effet légal et toutes les mesures nécessaires, y compris la législation, seront prises pour stipuler un âge minimum pour le mariage..." Tandis que le mariage n'est pas considéré directement dans la Convention sur les droits des enfants, le mariage précoce est lié à d'autres droits - tels que le droit d'exprimer librement ses opinions, le droit à la protection contre toutes les formes d'abus et le droit à être protégé contre les pratiques traditionnelles dangereuses - il est fréquemment évoqué par la Commission sur les droits de l'enfant. D'autres accords internationaux relatifs au mariage des enfants figurent dans la Convention sur le consentement au mariage, l'Age minimum fixé pour le mariage et l'enregistrement des mariages ainsi que dans la Charte africaine sur les droits et le bien-être des enfants et le Protocole de la Charte africaine sur les droits de l'homme et des peuples sur les droits des femmes en Afrique. Le mariage précoce a également été identifié par le Forum panafricain contre l'exploitation sexuelle des enfants comme un type d'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales.

Les jeunes filles mariées sont un groupe unique, souvent invisible. Obligées de faire la plupart des corvées ménagères, sous pression pour apporter la preuve de leur fécondité et assumer la responsabilité de l'éducation d'enfants alors qu'elles sont elles-mêmes des enfants, les filles mariées et les mères enfants sont confrontées à l'obligation de prendre des décisions et à des choix de vie limités. Les garçons sont également affectés par le mariage précoce mais ce phénomène touche beaucoup plus les filles et avec beaucoup

plus d'intensité. La cohabitation - quand le couple vit ensemble comme s'il était marié - pose les mêmes problèmes relatifs aux droits de l'homme que le mariage. Quand une fille vit avec un homme et assume le rôle de s'occuper de lui, on considère souvent qu'elle est devenue une femme adulte, même si elle n'a pas encore 18 ans. D'autres problèmes dus au caractère non officiel de cette relation - par exemple l'héritage, la nationalité et la reconnaissance sociale - peuvent rendre les filles dans des unions informelles plus vulnérables sur plusieurs plans que celles dans des mariages officiellement reconnus.

Des études ont montré que plusieurs facteurs s'associent pour exposer les enfants à un mariage précoce. La pauvreté, la protection des filles, l'honneur de la famille et la recherche de stabilité pendant les périodes d'instabilité sociale sont considérés comme des facteurs importants dans l'exposition des filles au mariage alors qu'elles sont encore des enfants. Les femmes mariées très jeunes sont plus enclines à penser qu'il est parfois acceptable pour un mari de battre son épouse, et sont, elles-mêmes, plus souvent exposées à la violence conjugale. La différence d'âge entre les partenaires contribue aussi à une dynamique d'abus de pouvoir et à une augmentation du risque de se retrouver veuve prématurément.

Un autre problème des mariages précoces est l'âge auquel les filles deviennent actives au plan sexuel. Les femmes qui se sont mariées avant l'âge de 18 ans ont tendance à avoir plus d'enfants que celles qui se sont mariées plus tard. Les décès liés à la grossesse sont une cause principale de mortalité chez les filles de 15 et 19 ans, célibataires ou mariées, particulièrement chez les plus jeunes de ce groupe d'âges. On constate que les filles qui se marient à un jeune âge courent plus de risques d'épouser des hommes plus âgés, ce qui les expose à un risque accru de contracter une infection au VIH. La pression placée sur la jeune épouse pour qu'elle se reproduise et le déséquilibre des pouvoirs découlant de la différence d'âges font que ce genre de couples utilise très peu le préservatif. Deux indicateurs sont utilisés pour estimer l'ampleur du mariage précoce : le pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 15 ans et le pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 18 ans.

Le Tableau CP.5 fournit le pourcentage de femmes mariées à certains âges. Dans l'ensemble, 7,3% des femmes se marient avant l'âge de 15 ans et 27,3% avant l'âge de 18 ans. Au moment de l'enquête, plus d'une femme de 15-19 ans sur cinq (21,7%) étaient en mariage ou en union et près de la moitié des femmes de 15-49 ans (48,8%) étaient en mariage ou en union polygamique. Le mariage précoce est plus fréquent dans la province Nord : 10,1% des femmes (contre moins de 6,0% dans les autres provinces) se sont mariées avant leur quinzième anniversaire et 33,5% (contre moins de 23,0% dans les autres provinces) avant d'avoir eu 18 ans. L'urbanisation semble avoir atténué la fréquence du mariage précoce. En milieu urbain 6,2% des femmes se sont mariées avant 15 ans et 22,8% avant 18 ans tandis qu'en milieu rural les pourcentages sont de 8,1% et 30,2% respectivement. Le niveau d'instruction de la femme a aussi un effet négatif sur cette pratique. Alors que 8,8% et 31,0% des femmes sans instruction se sont mariées respectivement avant 15 ans et avant 18 ans, ces proportions tombent à 3,5% et 11,2% respectivement pour les femmes avec un niveau d'instruction secondaire et plus. Bien que l'impact du niveau de vie soit moins important que celui de l'instruction, son

influence reste significatif : 8,5% et 30,2% des femmes les plus pauvres se sont mariées respectivement avant 15 ans et avant 18 ans tandis que respectivement 4,5% et 18,5% seulement des femmes les plus riches ont subi le même sort. Le mariage précoce avant 15 ans semble subir un effet de génération : le pourcentage de femmes mariées avant cet âge passe de 4,5% dans la tranche d'âges 15-19 ans à 7,0% à 20-29 ans et à plus de 9,0% à 30-44 ans.

La province, le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la femme, le niveau de vie du ménage et l'appartenance ethnique influent sur le risque pour une femme d'être mariée à 15-19 ans. Ainsi, le pourcentage de femmes de 15-19 ans en mariage ou en union au moment de l'enquête est plus important dans la province Est (35,7%), en milieu rural (31,7%), parmi les femmes sans instruction (44,8%) et parmi les Fula/Mandinga (31,1%). En revanche, il est plus faible dans SAB (8,4%), en milieu urbain (10,7%), parmi les femmes de niveau secondaire ou plus (6,2%) et parmi les Bramees (13,6%). Bien que le risque pour une femme d'être mariée à 15-19 ans soit aussi plus faible parmi les plus riches (6,6% contre 28,4% parmi les plus pauvres), le sens des différences entre les quintiles de richesse intermédiaires reste ambigu, les couches pauvres et moyennes ayant des niveaux de risques plus élevés que les plus pauvres d'au moins 3 à 5 points de pourcentage.

La polygamie est moins répandue dans SAB (32,0% contre plus de 49 à 54,0% dans les autres provinces). La fréquence du mariage ou union polygamique augmente aussi avec l'âge de la femme : seulement 32,1% des femmes de 15-19 ans sont en mariage ou union polygamique contre 47,5% à 25-29 ans et plus de 60,0% à partir de 40-44 ans. Le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie de son ménage diminuent le risque d'être en mariage/union polygamique. Seulement 21,0% des femmes de niveau secondaire et 33,5% des femmes les plus riches sont dans ce type d'union, tandis qu'elles sont 54,2% parmi les femmes sans instruction et 52,3% parmi les plus pauvres.

La différence d'âge entre les époux est mesurée à travers le pourcentage de femmes mariées/en union avec une différence d'âge de 10 ans ou plus avec leur conjoint actuel. Selon le Tableau CP.6, plus de la moitié des femmes (51,2%) de 15-19 ans sont mariées ou en union avec des hommes 10 ans ou plus, plus âgés qu'elles. Parmi les femmes de 20-24 ans, 48,0% se trouvent dans la même situation. Bien que la fréquence d'une telle différence d'âge entre conjoints soit importante partout, elle est plus forte en milieu urbain (58,0% des femmes de 15-19 ans et 50,6% des femmes de 20-24 ans) qu'en milieu rural (respectivement 49,1% et 47,2%). Les femmes de 20-24 ans dix ans ou plus moins âgées que leur conjoint sont relativement plus nombreuses dans SAB (53,8%), parmi celles qui n'ont aucune instruction (51,4% contre 36,4% pour celles qui ont un niveau secondaire ou plus) et parmi les Balantes (53,0% contre 35,3% parmi les Bramees).

Excision/Mutilation génitale féminine

L'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF) est l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins ou tout autre lésion causée aux organes génitaux féminins. L'E/MGF est toujours traumatisante avec des complications immédiates telles qu'une douleur insoutenable, l'état de choc, la rétention d'urine, l'ulcération des parties génitales et la lésion des tissus adjacents. Les autres complications sont la septicémie, la stérilité, l'arrêt de progression du travail et même la mort.

En Guinée-Bissau, la E/MGF est généralement pratiquée sur les filles âgées de 4 à 14 ans; elle est également pratiquée sur les très jeunes enfants, les femmes sur le point de se marier et parfois sur les femmes enceintes de leur premier enfant ou qui viennent de donner naissance. La E/MGF a lieu individuellement soit à la maison ou chez les praticiens traditionnels en accord avec les parents, soit collectivement dans des baraques construites ou organisées pour recevoir des filles de plusieurs communautés pendant une période allant jusqu'à trois mois. Enfermées dans ces baraques pour la E/MGF, les filles reçoivent une initiation et des consignes sur la gestion de la vie familiale et l'éducation de leurs futurs enfants. En plus des praticiens traditionnels, des accoucheuses et des coiffeurs sont aussi impliqués dans la pratique de la E/MGF qui se fait sans anesthésie, avec l'utilisation de couteaux, de ciseaux, de lames de rasoir ou d'éclats de verre. Les communautés impliquées dans cette pratique pensent que beaucoup de leurs filles qui décèdent après l'excision à la maison ou dans les baraques, ont été "choisies par le Dieu de l'excision". Pour celles qui sortent vivantes des baraques, les communautés organisent de grandes fêtes qui servent aussi à mobiliser les populations pour le cérémonial de l'année suivante. Cependant, des voix commencent à s'élever dans ces mêmes communautés, pour l'abolition de cette pratique néfaste.

L'E/MGF est une violation fondamentale des droits humains. En l'absence de toute nécessité médicale perçue comme telle, elle expose les filles et les femmes à des risques pour leur santé et à des conséquences qui mettent leur vie en danger. Le droit au plus haut niveau de santé réalisable et celui à l'intégrité physique font partie des droits violés par cette pratique. En outre, tout porte à croire que des filles de moins de 18 ans n'ont pas pu donner un consentement éclairé à des pratiques potentiellement si préjudiciables à leur santé que l'E/MGF.

Dans le cadre de la MICS, une série de 16 questions ont été posées pour déterminer le niveau de connaissance de l'E/MGF, la prévalence de l'E/MGF et les détails sur le type d'E/MGF pratiquées. Le Tableau CP.7 présente la prévalence de l'E/MGF chez les femmes et le type ainsi que des informations sur l'étendue de ces pratiques et l'attitude des femmes face à l'E/MGF. En Guinée-Bissau, 44,5% des femmes de 15-49 ans sont excisées. La prévalence de l'excision est plus forte dans la province Est du pays (92,7% des femmes), parmi les femmes sans instruction (54,4%), en milieu rural (48,2%) et parmi les Fula/Mandinga (95,2%). Elle est plus faible dans la province Nord (28,7%), parmi les plus instruites (21,3%) et parmi les Balantes et les Brames (respectivement 6,2% et 6,5%). L'excision semble toucher moins les femmes les plus pauvres (28,2% contre 36,1% pour les plus riches) même si, d'une manière générale, la relation entre cette pratique et le niveau de vie soit très ambiguë.

L'enlèvement de la chair est généralement le type d'excision pratiqué (91,7% des cas). L'attitude vis-à-vis de l'excision semble plus diversifiée : 27,9% des femmes croient qu'elle doit continuer tandis que 59,3% pensent que cette pratique doit cesser. Cette perception de l'excision est variable selon le milieu de résidence, l'âge de la femme et son niveau d'instruction, le niveau de vie de son ménage et son groupe ethnique qui influent sur le respect ou non de la tradition. La proportion des femmes qui acceptent la poursuite de l'excision est plus faible en milieu urbain (14,9%) qu'en milieu rural (37,1%). De même, les femmes les plus instruites (seulement 3,6%), les femmes les plus riches (11,0%), les Brames (3,51%) et les Balantes (4,3%) sont relativement moins nombreuses à penser que la pratique de l'excision doit se poursuivre. Par contre, les femmes sans instruction (40,3%), les femmes les plus pauvres (26,1%), chez qui l'excision est pourtant moins répandue, et les Fula/Mandinga (59,5%), semblent plus conservatrices, étant relativement plus nombreuses à penser que cette pratique doit se poursuivre. S'agissant de celles qui se prononcent pour que cette pratique cesse, les tendances ci-dessus sont inversées.

Le Tableau CP.8 présente la prévalence et l'ampleur des E/MGF pratiquées sur les filles des répondantes. Près de 35,0% des femmes enquêtées, ont au moins une fille vivante ayant subi l'excision. La proportion de femmes ayant au moins une fille excisée est plus élevée dans la province Est (75,9% contre 19,8% dans la province Nord), en milieu rural (38,8% contre 26,5% en milieu urbain), parmi les moins instruites (42,0% contre 7,8% pour les plus instruites) et parmi les Fula/Mandinga (74,0% contre 3,4% parmi les Brames et 6,5% parmi les Balantes). La forme d'excision la plus pratiquée est l'enlèvement de la chair : plus de 86,0% des filles des femmes enquêtées ont subi ce type d'excision. Cette forme est presque généralisée dans la province Est (93,9%) et parmi les Fula/Mandinga (91,1%). La fermeture du vagin, niveau extrême d'E/MGF touche 2,9% des femmes. Paradoxalement, cette forme extrême semble légèrement plus fréquente dans SAB la Capitale (6,4%), en milieu urbain (4,6%), parmi les femmes les plus instruites (6,4%) et les plus riches (6,6%).

Violence conjugale

Plusieurs questions ont été posées aux femmes âgées de 15 à 49 ans pour évaluer leur attitude concernant les diverses raisons que les maris ont, de frapper ou battre leurs femmes/partenaires. Ces questions ont été posées pour avoir une indication sur les croyances qui tendent à être associées à la prévalence de la violence faite aux femmes par leurs maris/partenaires. La principale hypothèse est que les femmes qui approuvent les thèses indiquant que les maris/partenaires ont des raisons de battre leurs femmes/partenaires dans les situations décrites, tendent, dans les faits, à subir des violences de la part de leurs propres maris/partenaires. Les résultats du Tableau CP.9 apportent des réponses à ces questions. Ils montrent que 51,5% des femmes enquêtées trouvent que leurs maris/partenaires peuvent les battre pour l'une quelconque des raisons ciblées dans l'enquête. Ce pourcentage est plus élevé dans la province Sud où 63,4% des femmes interrogées (contre 47,0% dans la province Nord et 51,9% à SAB) pensent ainsi. Cette attitude envers la violence faite aux femmes est invariable quel que soit le milieu de résidence (51,1% en milieu rural contre 52,0 % en milieu urbain). Plus la

femme est jeune moins elle accepte cette forme de violence. Plus de la moitié des femmes de 20 ans ou plus pensent que le mari a le droit de battre sa femme alors que seulement 41,3% des femmes de 15-19 ans trouvent normal qu'un mari batte sa femme dans les mêmes circonstances. Le statut matrimonial influe également sur l'attitude des femmes. La vie conjugale a tendance à rendre les femmes plus réceptives de la violence des hommes. En effet, les célibataires sont plus réfractaires à cette idée : moins de 40,0% d'entre elles pensent que les maris/partenaires ont le droit de battre leurs femmes. Ce pourcentage passe à 45,2% parmi les femmes qui ont été mariée/en union et à 57,2% parmi celles qui sont actuellement mariées/en union. Le niveau d'instruction de la femme produit le même effet : 41,0% des femmes de niveau secondaire ou plus acceptent que les maris battent leur femmes contre 47,9% des femmes de niveau primaire et 55,7% des femmes sans instruction. Le niveau de vie du ménage n'a pratiquement pas d'effet sur l'attitude de la femme vis-à-vis de la violence conjugale : 50,4% des femmes parmi les plus riches trouvent normal qu'un mari batte sa femme contre 52,2% parmi celles des ménages les plus pauvres. Les femmes Bramees semblent moins conservatrices que les autres (38,3% seulement d'entre elles donnent leur consentement à la violence conjugale contre plus 51,0% parmi les femmes des autres groupes ethniques.

XII. VIH/SIDA, comportement sexuel et enfants orphelins et vulnérables

Connaissance de la transmission du VIH et utilisation du préservatif

Un des préalables les plus importants à la réduction du taux d'infection par le VIH est une connaissance précise de la manière dont le VIH se transmet et des stratégies de prévention de la transmission. Une information correcte est la première étape vers la sensibilisation et la mise à la disposition des jeunes, des instruments de nature à les protéger contre l'infection au VIH. Les conceptions erronées sur le VIH sont répandues et peuvent semer la confusion chez les jeunes et faire obstacle aux efforts de prévention. Les différentes régions sont susceptibles de présenter des variations dans les conceptions erronées sur le VIH, même si certaines semblent universelles (par exemple, que le fait de partager la nourriture peut transmettre le VIH, ou que les piqûres de moustiques peuvent transmettre le VIH). La Session spéciale de l'Assemblée Générale de l'ONU sur le VIH/SIDA (UNGASS) a invité les gouvernements à renforcer les connaissances et les compétences des jeunes pour leur permettre de se protéger contre le VIH. Les indicateurs servant à mesurer cet objectif ainsi que l'OMD consistant à réduire les infections au VIH de moitié sont le renforcement du niveau de connaissance du VIH et sa prévention et le changement de comportements pour prévenir une propagation supplémentaire de la maladie. Le module sur le VIH a été administré aux femmes âgées de 15 à 49 ans.

Un indicateur à la fois des OMD et de l'UNGASS est le pourcentage de jeunes femmes qui ont une connaissance globale et correcte de la prévention de la transmission du VIH. Les femmes ont été interrogées pour savoir si elles connaissaient les trois principaux moyens d'éviter la transmission - à savoir, 'avoir un seul partenaire non infecté fidèle', 'utiliser un préservatif à l'occasion de chaque rapport sexuel' et 'pratiquer l'abstinence sexuelle'. Les résultats sont présentés dans le Tableau HA.1

En Guinée-Bissau, la plupart des femmes interrogées (72,4%) ont entendu parler du SIDA. Cependant, le pourcentage de femmes qui connaissent les trois principaux moyens de prévenir la transmission du VIH est de 32,1%. Plus de la moitié des femmes (53,1%) savent qu'il faut avoir un partenaire sexuel fidèle et non infecté et n'ayant pas d'autres partenaires, 49,4% savent qu'il faut utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel et 38,4% connaissent l'abstinence sexuelle comme un moyen de prévenir la transmission du VIH. Moins de six femmes sur dix (58,2%) seulement connaissent au moins un moyen, alors qu'une proportion non négligeable (41,8%) ne connaît aucun de ces trois moyens.

La connaissance du VIH/SIDA et ses moyens de prévention varie selon les catégories sociales considérées. La connaissance du phénomène est plus répandue en milieu urbain

(91,6%) qu'en milieu rural (59,4%), de même que les moyens par lesquels il peut être prévenu. En milieu urbain, près d'une femme sur deux ((47,2%) connaît les trois moyens alors qu'en milieu rural, c'est une femme sur cinq seulement (21,9%). De même, les femmes de SAB semblent plus averties (respectivement 95,3% ont entendu parler du VIH et 52,3% connaissent les trois modes de transmission) comparées aux femmes de la province Sud, les moins informées (respectivement 39,7% et 11,9%). On note aussi une corrélation positive entre connaissance du VIH/SIDA et les moyens de le prévenir d'une part et d'autre part le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie de son ménage. La proportion de femmes qui ont entendu parler du VIH/SIDA est de 59,5% parmi les femmes sans instruction et de 98,3% parmi les plus instruites. Pour la connaissance des moyens de protection les proportions sont respectivement de 20,7% et de 55,8%. Les proportions sont aussi plus faibles parmi les femmes les plus pauvres (respectivement 45,3% et 12,4%) que parmi les femmes les plus riches (respectivement 95,1% et 51,1%). Les femmes Brames sont plus informées que les autres sur la connaissance du VIH/SIDA et les moyens de prévention de l'infection (respectivement 89,1% et 46,3% contre moins de 63,0% et moins de 30,0%).

L'information sur l'utilisation du condom est connue par 71,0% des femmes du milieu urbain et par seulement 34,8% de celles du milieu rural, par 80,6% des femmes les plus instruites contre 33,8% des femmes sans instruction, par 74,4% des femmes les plus riches contre 22,9% des plus pauvres. Pour les autres moyens pris individuellement les tendances sont les mêmes du point de vue de l'instruction et du niveau de vie.

Le Tableau HA.2 présente le pourcentage de femmes en mesure d'identifier correctement les conceptions erronées concernant le VIH/SIDA. L'indicateur est basé sur les deux conceptions erronées les plus répandues en Guinée-Bissau : le VIH peut être transmis par des moyens surnaturels ou des piqûres de moustique d'une part et d'autre part qu'une personne paraissant en bonne santé peut être malade du SIDA. Ce tableau fournit également des informations sur le fait que les femmes savent ou non que le VIH ne peut être transmis par le partage de la nourriture mais qu'il peut être transmis par le partage d'aiguilles déjà utilisées.

Parmi les femmes interrogées, 18,1% rejettent les deux conceptions erronées les plus répandues, tout en admettant qu'une personne paraissant en bonne santé peut être infectée. Plus du tiers (37,0%) sait qu'une personne qui semble bien portante peut être infectée. Près de 47,0% des femmes savent que le VIH/SIDA ne peut être transmis par des moyens surnaturels et 35,2% savent que le VIH/SIDA ne peut être transmis par des piqûres de moustique.

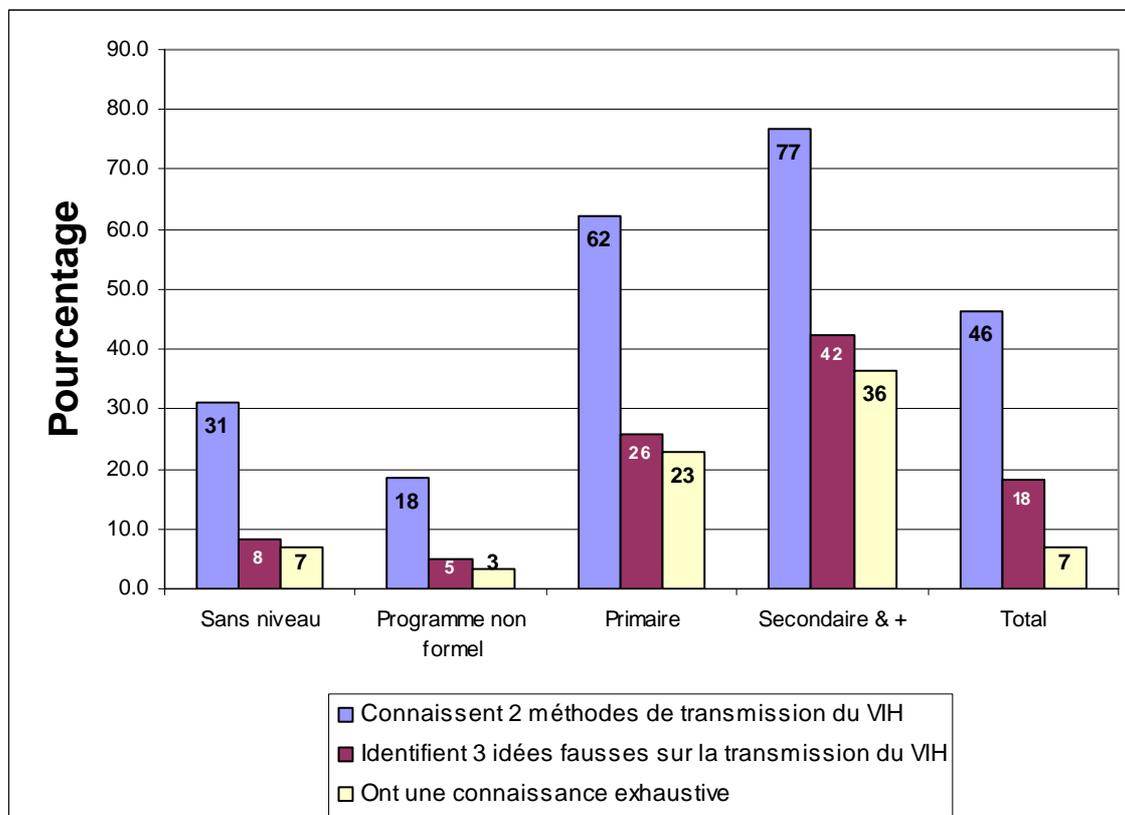
Les trois conceptions erronées les plus répandues (le VIH peut être transmis par des moyens surnaturel, le VIH peut être transmis par des piqûres de moustique, une personne paraissant en bonne santé peu être malade du SIDA) sont mieux identifiées dans SAB (respectivement 73,0%, 57,9% et 59,9%) que dans les autres provinces particulièrement la province Sud (respectivement 21,4%, 15,3% et 12,1%). Elles sont mieux connues parmi les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire et plus (respectivement 84,8%; 67,6%; 71,8%) que parmi les femmes sans niveau d'instruction (respectivement 29,2%, 20,4% et 22,1%). Les trois conceptions erronées les plus

répandues sont aussi mieux connues parmi les ménages les plus riches (respectivement 75,1%, 59,4% et 61,6%) que parmi les ménages les plus pauvres (respectivement 19,3%, 15,9% et 14,5%). C'est dans la tranche d'âges 20-24 ans que les femmes interrogées savent le mieux que le VIH/SIDA peut être transmis, suite à une piqûre avec une aiguille déjà utilisée (60,6%) et que partager le repas avec une personne atteinte du SIDA ne peut transmettre le VIH/SIDA (44,7%).

Le Tableau HA.3 résume les informations tirées des Tableaux HA.1 et HA.2 et présente le pourcentage de femmes qui connaissent deux moyens de prévenir la transmission du VIH et rejettent trois conceptions erronées répandues. La connaissance globale des méthodes de prévention du VIH et de son mode de transmission est encore assez faible même s'il existe des différences selon le lieu de résidence.

Comme illustré dans la Figure HA.1, environ 46,0% des femmes connaissent deux méthodes pour prévenir la transmission du VIH/SIDA, 18,1% savent identifier trois idées fausses de la transmission du VIH et 15,8% ont une connaissance exhaustive, c'est-à-dire qu'elles savent identifier deux méthodes de prévention et trois idées fausses. Les femmes de SAB sont mieux informées que celles des provinces : 28,0% contre 3,7% dans la province Sud et 11,9% de la province Nord. La connaissance globale ou exhaustive est plus élevée en zone urbaine qu'en zone rurale : respectivement 27,0% et 8,2% des femmes ont une connaissance exhaustive de la transmission du VIH/SIDA.

Figure HA. 1: Pourcentage de femmes ayant des connaissances générales sur la transmission du VIH/SIDA



La connaissance globale augmente avec le niveau d'instruction des femmes mais baisse avec l'âge de la femme. Le pourcentage de femmes ayant une connaissance globale passe de 7,1% parmi les femmes sans niveau d'instruction à 22,9% parmi celles de niveau primaire et à 36,3% parmi celles qui ont le niveau secondaire et plus. Il passe de 18,5% parmi les femmes de 15-19 ans à 9,6% parmi les 45-49 ans. Le niveau de vie du ménage a aussi un effet positif sur la connaissance exhaustive de la transmission du VIH/SIDA. Ainsi, le pourcentage de femmes ayant une bonne connaissance passe de 4,3% parmi les plus pauvres, à 7,8% parmi les pauvres, à 22,7% parmi les riches et à 29,0% parmi les plus riches.

La connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est également une première étape importante pour pousser les femmes à se faire dépister pour le VIH quand elles sont enceintes afin d'éviter l'infection de leur nouveau-né. Les femmes devraient savoir que le VIH peut se transmettre durant la grossesse, lors de l'accouchement et par l'allaitement. Le niveau de connaissance des femmes âgées de 15 à 49 ans concernant la transmission de la mère à l'enfant est présenté dans le Tableau HA.4. Dans l'ensemble, 58,2% des femmes savent que le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant, 39,5% connaissent tous les trois modes de transmission du virus de la mère à l'enfant, tandis que 14,2% ne connaissent aucun mode de transmission spécifique.

La connaissance de la transmission du SIDA de la mère à l'enfant est moins répandue dans la province Sud (29,9%) et plus répandue dans la province Nord (52,1%) et dans SAB (89,2%). Cette connaissance est également plus élevée en milieu urbain (84,1%) qu'en milieu rural (40,7%). Le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie de son ménage améliorent très sensiblement la connaissance de ce mode de transmission : 41,0% des femmes sans instruction et 28,0% parmi les plus pauvres contre respectivement 96,2% parmi les plus instruites et 90,5% parmi les plus riches.

La connaissance de tous les trois modes de transmission suit la même tendance. Elle est plus élevée dans SAB (60,3% contre 16,5% de la province Sud), en milieu urbain (57,7% contre 27,2% en milieu rural), parmi les femmes les plus jeunes (42,0% à 15-19 contre 28,2% à 45-49 ans), parmi les plus instruites (64,2% contre 26,9% les non instruites) et parmi les plus riches (62,4% contre 18,0% pour les plus pauvres). Par contre, le pourcentage de femmes qui ne connaissent aucun mode spécifique de la mère vers l'enfant, est plus élevé dans la province Est (24,3%), en milieu rural (18,7%), parmi les femmes sans instruction (18,5%). Les femmes Brame ont un meilleur profil sur ce mode de transmission que celles des autres groupes ethniques : près de 80,0% savent que le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant, 54,0% connaissent tous les trois modes et seulement 9,7% ne connaissent aucun mode spécifique.

Les indicateurs sur les attitudes envers les personnes vivant avec le VIH mesurent la stigmatisation et la discrimination dont ces personnes sont l'objet au sein de la communauté. La stigmatisation et la discrimination sont faibles si les répondants expriment une attitude d'acceptation sur les quatre questions suivantes: 1) prendriez-vous en charge un membre de la famille malade du SIDA; 2) achèteriez-vous des légumes frais à un vendeur séropositif; 3) pensez-vous qu'une enseignante séropositive

doit être autorisée à enseigner; et 4) ne voudriez-vous pas garder secret le statut d'un membre de la famille par rapport au VIH. Le Tableau HA.5 présente les attitudes des femmes envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Environ un quart des femmes âgées de 15-49 ans (24,8%) ne sont pas d'accord avec l'attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes malades du SIDA. Ce pourcentage est variable entre les provinces (de 33,3% à l'Est à 20,2% à Sud) et entre milieux de résidence (28,9% en milieu rural contre 20,9% en milieu urbain). Ce pourcentage a tendance à baisser avec le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage. Parmi les femmes sans instruction et les plus pauvres, respectivement 29,6% et 33,1% ne sont pas d'accord avec l'attitude discriminatoire tandis que parmi les plus instruites et les plus riches, ce pourcentage est seulement de 20,6% et 19,8%. De même, les femmes Brame sont généralement moins nombreuses à ne pas être d'accord avec l'attitude discriminatoire (12,7% contre plus de 27,0% pour les autres groupes ethniques).

Globalement, 20,6% des femmes n'auraient pas pris soin d'un membre du ménage malade du SIDA, 42,7% aimeraient garder le secret si un membre du ménage a le SIDA, 41,8% pensent qu'une enseignante ayant le VIH/SIDA, sans être malade, ne devrait pas être autorisée à enseigner à l'école, 48,0% n'achèteraient pas des légumes frais à un vendeur malade du SIDA et 75,2% sont d'accord avec au moins une attitude discriminatoire.

Le refus de prendre soin d'un membre du ménage malade du SIDA est plus répandue en milieu rural (28,6% contre 13,0% en milieu urbain), dans la province Nord dans laquelle 31,8% des femmes ont cette position que dans la province Est (17,7%) et dans SAB (10,3%). Les femmes sans niveau d'instruction ont plus tendance à avoir cette attitude négative (24,9% contre seulement 11,5% parmi celles qui ont une éducation secondaire et plus). Le niveau de vie tend aussi à atténuer les attitudes négatives : 32,6% parmi les femmes les plus pauvres ne prendraient pas soin d'un membre malade du SIDA tandis que parmi les plus riches, ce pourcentage est trois fois plus faible (11,1%).

Un autre indicateur important est la connaissance par les femmes des endroits où l'on peut effectuer le test de dépistage du VIH et l'utilisation de ces services. Les questions liées à la connaissance d'un centre de dépistage du VIH et la mesure dans laquelle les femmes ont été testées sont présentées dans le Tableau HA.6.

Seulement 17,3% des femmes connaissent un centre de dépistage, tandis que 6,0% ont effectué le test. Parmi ces dernières, une importante proportion (81,0%) a reçu le résultat de ce test. La connaissance de l'endroit où on peut effectuer le test est plus répandue à SAB (30,3% contre 5,3% à 14,8% dans les autres provinces), en milieu urbain (27,1% contre 10,7% en milieu rural), parmi les femmes des ménages les plus riches (34,2% contre 5,6% parmi les plus pauvres), parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire et plus (45,0% contre 9,3% pour les femmes non instruites) et parmi les femmes Brame (26,5% contre moins de 14,0%). Les tests sont aussi plus fréquents à SAB (14,5%), dans le milieu urbain (11,5%), dans les ménages les plus riches (14,6%) et parmi les femmes avec un niveau d'instruction secondaire et plus (18,6%). L'obtention des résultats est aussi plus fréquente à SAB (88,5%), dans le milieu urbain (85,5%), dans les

ménages les plus riches (88,2%) et chez les femmes avec le niveau d'instruction secondaire et plus (89,1%).

Le Tableau HA.7 présente le pourcentage des femmes qui ont reçu des conseils et ont effectué le test de dépistage lors des consultations prénatales. Près de 78,0% des femmes qui ont donné naissance au cours des deux années précédant l'enquête, ont reçu les soins prénatals d'un centre de santé professionnel, 40,6% ont reçu des informations sur la prévention du VIH/SIDA au cours des visites prénatales, 8,6% ont effectuées le test du VIH et 7,1% ont reçu les résultats de leur test du VIH. Le pourcentage de femmes qui ont reçu des informations sur la prévention est plus élevé à SAB (58,2%) et dans la province Nord (47,1%), en milieu urbain (53,7%), parmi les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (65,1%), parmi les plus riches (59,6%) et parmi les Brame (59,0%). Ce pourcentage est plus faible dans la province Est (17,8%), parmi les femmes sans instruction (34,4%), parmi les plus pauvres (31,3%) et les Fula/Mandinga (28,1). Les chances de recevoir les résultats du test sont plus élevées à SAB (24,0%), en milieu urbain (17,8%), parmi les femmes les plus instruites (26,1%) et les plus riches (23,2%). Les chances les plus faibles se trouvent dans les provinces Est et Sud (moins de 1,0%), en milieu rural (2,8%), parmi les femmes sans instruction (4,0%) et les plus pauvres (2,8%).

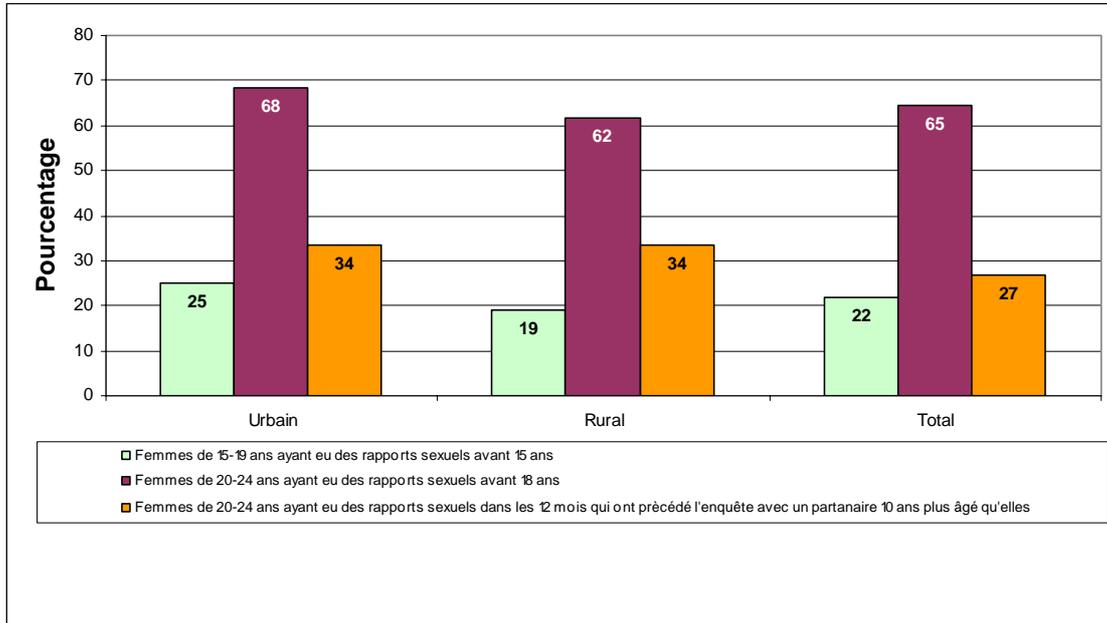
Comportement sexuel lié à la transmission du VIH

La promotion d'un comportement sexuel plus sûr est essentielle pour réduire la prévalence du VIH. L'utilisation de préservatifs au cours des rapports sexuels, surtout avec les partenaires occasionnels, est particulièrement importante pour réduire la propagation du VIH. Dans la plupart des pays, plus de la moitié des nouvelles infections au VIH concernent les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans, par conséquent un changement de comportement parmi ce groupe d'âges sera particulièrement important pour réduire les nouvelles infections. Un module du questionnaire a été administré aux femmes de 15 à 24 ans pour évaluer leur risque d'infection au VIH. Les facteurs de risque d'infection au VIH sont une sexualité précoce, le fait d'avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés, les rapports sexuels avec un partenaire occasionnel (qui n'est pas le mari ou l'homme avec lequel on cohabite) et la non-utilisation du préservatif.

La fréquence des comportements sexuels qui augmentent le risque d'infection au VIH chez les femmes est présentée dans le Tableau HA.8 et la Figure HA.2.

Comme illustré dans la Figure HA.2, au niveau national, 21,8% des femmes de 15-19 ans ont eu des rapports sexuels avant d'avoir 15 ans, 64,5% des femmes de 20-24 ans ont eu des rapports sexuels avant 18 ans et 26,7% ont eu des rapports sexuels durant les douze mois précédant l'enquête avec des hommes dix années ou plus, plus âgés qu'elles. Les rapports sexuels précoces sont plus fréquents dans SAB (28,1% avant 15 ans et 68,8% avant 18 ans) et en milieu urbain (25,1% avant 15 ans et 68,2% avant 18 ans) tandis que les rapports sexuels avec un partenaire plus âgé sont plus fréquents dans la province Est (36,8%), en milieu rural (33,5%), parmi les femmes sans instruction (40,9%) et les plus pauvres (35,9%).

Figure HA. 2: Comportement sexuel favorisant le risque d'infection à VIH



L'utilisation d'un préservatif lors de rapports sexuels avec des hommes autres que les maris ou les concubins a été évalué chez les femmes âgées de 15 à 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec ce genre de partenaires au cours de l'année précédente (Tableau HA.9).

Près de deux femmes de 15 à 24 ans sur trois (65,4%) ont indiqué avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 mois qui ont précédé la MICS. Sur ces dernières, seulement 38,8% disent avoir utilisé un préservatif lors de ces rapports avec un partenaire à haut risque. Ce pourcentage est près de deux fois et demie plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (48,5% contre 20,1%). Les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus sont relativement plus nombreuses à déclarer avoir utilisé un préservatif lors des rapports avec un partenaire à haut risque. Plus de la moitié (52,0%) d'entre elles l'ont déclaré alors que seulement 17,3% des femmes sans niveau d'instruction ont dit avoir eu ce réflexe lors des rapports avec un partenaire à haut risque. De même, 53,5% des femmes des ménages les plus riches ont dit avoir utilisé un préservatif lors des rapports avec un partenaire à haut risque, tandis que seulement 12,1% des femmes des ménages les plus pauvres ont eu le même comportement.

Plus de six femmes sur dix (60,6%) ont eu des rapports avec un homme qui n'était ni leur mari, ni leur concubin. Cette pratique est plus répandue à SAB (82,5%), en milieu urbain (80,0%) parmi les femmes les plus jeunes (74,4% des femmes de 15-19 ans), parmi les plus instruites (89,5%) et les plus riches (83,7%). Cette pratique est moins fréquente dans la province Est (39,0%) et parmi les femmes rurales (41,3%), les moins instruites (31,9%) et les plus pauvres (35,5%).

Enfants orphelins et vulnérables

Alors que l'épidémie de VIH progresse, de plus en plus d'enfants deviennent orphelins et vulnérables à cause du SIDA. Les enfants orphelins ou qui vivent dans des ménages vulnérables peuvent être exposés à un risque accru de négligence ou d'exploitation, si les parents ne sont pas présents pour les assister. La surveillance des variations des différents résultats pour les orphelins et les enfants vulnérables et la comparaison de leur situation à celle de leurs pairs donnent une mesure de la manière dont les communautés et les gouvernements comblent leurs besoins.

Pour évaluer ces variations, il est nécessaire de créer un concept mesurable "d'enfants orphelins et vulnérables". Le Groupe de référence de surveillance et d'évaluation de l'ONUSIDA a mis au point une définition indirecte des enfants "affectés par la mortalité et la morbidité des adultes". Ce groupe doit comprendre les nombreux enfants affectés par le SIDA dans des pays où une proportion importante d'adultes sont infectés par le VIH. Cette définition classe les enfants comme orphelins et vulnérables si l'un de leurs parents est décédé, si l'un de leurs parents est atteint d'une maladie chronique, ou si un adulte de 18 à 59 ans, membre du ménage est décédé (suite à une maladie chronique) ou était atteint d'une maladie chronique au cours de l'année précédant l'enquête.

Le nombre moyen d'enfants ne vivants avec aucun de leurs parents, avec la mère seulement et avec le père seulement, est présenté dans le Tableau HA.10. Parmi les enfants de 0-17 ans ne vivant avec aucun des deux parents, 13,7% ont les deux parents en vie, 1,4% ont perdu les deux parents, 1,3% ont seulement le père en vie et 2,5% seulement la mère en vie. Parmi les enfants qui vivent seulement avec leur mère, 10,6% ont le père en vie et 4,6% ont perdu leur père. Parmi ceux qui vivent seulement avec leur père, 2,7% ont la mère en vie et 1,3% ont perdu leur mère. Près d'un enfant de 0-17 ans sur cinq (18,9%), ne vit pas avec ses parents biologiques et 11,3% ont perdu un ou les deux parents.

Le Tableau HA.11 présente le pourcentage d'enfants orphelins et vulnérables âgés de 0 - 17 ans. Un enfant de 0-17 ans sur dix est vulnérable, 11,3% ont l'un ou les deux parents décédés et près d'un enfant sur cinq (19,3%) est orphelin et vulnérable. S'agissant des enfants vulnérables, il n'y a pas de différences entre les garçons (10,0%) et les filles (10,0%). Par contre, la vulnérabilité des enfants est près de deux fois plus fréquente en milieu urbain (14,5%) qu'en milieu rural (7,8%). Elle touche plus particulièrement la tranche d'âges 15-17 ans (12,2%) et les ménages les plus riches (14,7%). SAB est la province la plus touchée par la vulnérabilité des enfants (16,3%). Quel que soit l'indicateur considéré, les tendances sont les mêmes : les enfants orphelins et les enfants orphelins et vulnérables sont plus fréquents dans SAB (respectivement 16,3% et 26,6%), en milieu urbain (respectivement 14,57% et 25,3%), parmi les enfants de 15-17ans (respectivement 12,2% et 30,9%) et les ménages les plus riches (respectivement 14,7% et 25,9%).

Une des mesures prises pour l'évaluation du statut des enfants orphelins et vulnérables par rapport à leurs pairs est l'observation de la fréquentation scolaire des enfants de 10 à 14 ans pour les enfants qui ont perdu leurs deux parents (doublement orphelins)

comparés à ceux dont les parents sont vivants (et qui vivent avec au moins l'un de ces parents). Si les enfants dont les parents sont décédés n'ont pas le même accès à l'école que leurs camarades, les familles et les écoles ne s'assurent donc pas que ces droits des enfants sont respectés.

En Guinée-Bissau, 1,8% des enfants âgés de 10 à 14 ans ont perdu leurs deux parents (Tableau HA.12). Parmi ces derniers, seuls 69,3% fréquentent l'école actuellement. Parmi les deux tiers (66,4%) d'enfants de 10 à 14 ans qui n'ont pas perdu un parent et qui vivent avec au moins l'un de leurs parents, 71,3% sont scolarisés. Ce qui semble indiquer qu'en matière de fréquentation scolaire, les enfants doublement orphelins sont défavorisés par rapport aux enfants non-orphelins.

Dans de nombreux pays, peu de services sont disponibles pour les familles qui prennent en charge des enfants orphelins ou vulnérables. Les organisations communautaires et les gouvernements doivent s'assurer que ces familles sont aidées à prendre ces enfants en charge. Le niveau et les types de soutien apportés aux ménages s'occupant d'enfants rendus orphelins et vulnérables par le SIDA sont présentés dans le Tableau HA.13.

L'assistance aux familles ayant en charge des enfants orphelins est une pratique quasiment inexistante en Guinée Bissau. Sur 1000 enfants, seulement trois reçoivent tous les types de soutien spécifiés, notamment, le support médical, le support psychologique, le support matériel et le support pour la scolarité. Seulement 7,5% ont reçu au moins un support tandis que 92,5% des enfants n'ont reçu aucun support. Parmi les ménages ayant à leur charge des enfants orphelins, 4,4% ont reçu un support médical au cours des douze derniers mois, 1,3% ont reçu un support psychologique ou émotionnel au cours des trois derniers mois, 1,2% ont reçu un support matériel/social au cours des trois derniers mois, 3,2% ont reçu un support pour la scolarité au cours des douze derniers mois. Il n'y a pratiquement pas de différence entre catégories sociales, sauf dans la province Est où les enfants sont les mieux aidés (11,6% ont au moins un support) et dans la province Sud où ils sont les moins aidés (4,6% contre une moyenne nationale de 7,5%).

La prévalence de la malnutrition chez les enfants orphelins et vulnérables âgés de moins de cinq ans est présentée dans le Tableau HA.14.

Plus d'un enfant orphelin ou vulnérable âgé de 0-4 ans sur cinq (21,0%) a un faible poids par rapport à son âge, 42,0% sont plus petits par rapport à leur âge et 7,4% ont un faible poids par rapport à leur taille. Ces pourcentages sont plus faibles parmi les enfants non orphelins et non vulnérables, (respectivement 19,2%, 40,7% et 7,2%), preuve que les premiers sont désavantagés par leur situation d'enfants orphelins ou vulnérables. Les ratios des rapports entre 'enfants orphelins ou vulnérables' et 'enfants non orphelins ou non vulnérables', s'établissent pour ces indicateurs, respectivement à 1,09, 1,03 et 1,02.

Les recherches effectuées suggèrent que dans certaines régions les enfants orphelins ont plus de chances de présenter des résultats négatifs en matière de santé sexuelle et de la reproduction que les autres enfants.

Le Tableau HA.15 présente les informations sur le comportement sexuel des femmes orphelines et vulnérables âgées de 15 à 17 ans. Il montre que le pourcentage des femmes âgées de 15 à 17 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans chez les filles orphelines ou vulnérables (24,3%) et le même que chez les filles non orphelines ou non vulnérables (23,7%). Le ratio entre les pourcentages estimés des enfants orphelins et vulnérables et les pourcentages d'enfants non orphelins ou non vulnérables est estimé à 1,0.

Liste des Références

Boerma, J. T., Weinstein, K. I., Rutstein, S.O., and Sommerfelt, A. E. , 1996. Data on Birth Weight in Developing Countries: Can Surveys Help? *Bulletin of the World Health Organization*, 74(2), 209-16.

Blanc, A. and Wardlaw, T. 2005. "Monitoring Low Birth Weight: An Evaluation of International Estimates and an Updated Estimation Procedure". *WHO Bulletin*, 83 (3), 178-185.

Filmer, D. and Pritchett, L., 2001. Estimating wealth effects without expenditure data – or tears: An application to educational enrolments in states of India. *Demography* 38(1): 115-132.

Rutstein, S.O. and Johnson, K., 2004. *The DHS Wealth Index*. DHS Comparative Reports No. 6. Calverton, Maryland: ORC Macro.

UNICEF, 2006. *Monitoring the Situation of Children and Women. Multiple Indicator Cluster Survey Manual*, New York.

United Nations, 1983. *Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation* (United Nations publication, Sales No. E.83.XIII.2).

United Nations, 1990a. *QFIVE, United Nations Program for Child Mortality Estimation*. New York, UN Pop Division

United Nations, 1990b. *Step-by-step Guide to the Estimation of Child Mortality*. New York, UN

WHO and UNICEF, 1997. *The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality. Guidance notes for potential users*, Geneva.

www.Childinfo.org.

Tableau HH.1: Résultats des enquêtes auprès des ménages et des personnes
 Nombre de ménages, femmes et enfants de moins de 5 ans, et les taux de réponse, Guinée-Bissau, 2006

	Milieu		Région				Total
	Urbain	Rural	SAB Capital	EST (Bafata e Gabu)	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	
Ménages							
Sélectionnés	2381	3071	1198	1162	1899	1193	5452
Occupés	2377	3071	1195	1162	1898	1193	5448
Enquêtés	2310	2995	1169	1134	1884	1118	5305
Taux de réponse	97,2	97,5	97,8	97,6	99,3	93,7	97,4
Enfants							
Eligibles	4564	5340	2479	2121	3538	1766	9904
Enquêtés	3681	4331	1939	1739	2878	1456	8012
Taux de réponse	80,7	81,1	78,2	82	81,3	82,4	80,9
Taux de réponse global	78,4	79,1	76,5	80	80,7	77,3	78,8
Mères/Tutrices							
Eligibles	2364	4206	1069	1519	2725	1257	6570
Mères/Tutrices enquêtées	2068	3780	922	1361	2440	1125	5848
Taux de réponse	87,5	89,9	86,2	89,6	89,5	89,5	89
Taux de réponse global	85	87,6	84,4	87,4	88,9	83,9	86,7

Tableau HH.2: Répartition par âge de la population des ménages par sexe
 Répartition en pourcentage de la population des ménages par groupe d'âge quinquennal et de dépendance,
 et nombre d'enfants de 0-17 ans, par sexe, Guinée-Bissau, 2006

Age	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		Nombre	Pourcentage
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage		
00-04	3275	16,4	3420	16	6694	16,2
05-09	3306	16,5	2906	13,6	6212	15
10-14	2751	13,8	2693	12,6	5444	13,2
15-19	2196	11	2211	10,4	4407	10,7
20-24	1778	8,9	2068	9,7	3846	9,3
25-29	1373	6,9	1872	8,8	3245	7,9
30-34	972	4,9	1325	6,2	2297	5,6
35-39	891	4,5	1156	5,4	2047	5
40-44	783	3,9	771	3,6	1554	3,8
45-49	699	3,5	652	3,1	1351	3,3
50-54	510	2,6	842	3,9	1351	3,3
55-59	379	1,9	422	2	802	1,9
60-64	352	1,8	415	1,9	768	1,9
65-69	277	1,4	233	1,1	509	1,2
70+	436	2,2	349	1,6	785	1,9
Groupe d'âge de dépendance						
<15	9332	46,7	9018	42,3	18350	44,4
15-64	9932	49,7	11736	55	21668	52,4
65+	713	3,6	582	2,7	1294	3,1
Enfant âgé de 0-17 ans	10659	53,4	10321	48,4	20980	50,8
Adultes 18+/Manquant/NSP	9318	46,6	11015	51,6	20332	49,2
Total	19976	100	21336	100	41312	100

Tableau HH. 3: Composition des ménages

Distribution en pourcentage des ménages selon les caractéristiques sélectionnées, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage pondéré	Nombre de ménages pondérés	Nombre de ménages non pondéré
Sexe du chef de ménage	Masculin	85,1	4515	4491
	Féminin	14,9	788	813
Région	SAB Capital	25,9	1375	1169
	EST (Bafata e Gabu)	22,1	1170	1134
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	38,6	2048	1884
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	13,4	712	1118
	Urbain	37,1	1969	2310
Nombre de membres du ménage	Rural	62,9	3336	2995
	1	0,4	19	19*
	2-3	7,9	421	455
	4-5	22,6	1196	1260
	6-7	24,5	1298	1286
	8-9	18,7	990	957
Langue maternelle	10+	26,1	1382	1328
	Balante	26,7	1414	1372
	Fula/Mandinga	34	1806	1768
	Brames	23,5	1246	1176
Total	Autres langues	15,8	839	989
		100	5305	5305

Tableau HH.3b : Composition des ménages

Répartition en pourcentage des ménages selon certaines caractéristiques, Guinée-Bissau, 2006

	Pourcentage pondéré	Nombre de ménages pondérés	Nombre de ménages non pondéré
Au moins un enfant de moins de 18 ans	96,3	5305	5305
Au moins un enfant de moins de 5 ans	73,7	5305	5305
Au moins une femme de 15-49 ans	96,5	5305	5305

Tableau HH.4: Caractéristiques socioéconomiques des femmes
Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ans selon les caractéristiques individuelles, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage pondéré	Nombre pondéré de femmes	Nombre non pondéré de femmes
Région	SAB Capital	29,2	2338	1939
	EST (Bafata e Gabu)	21,9	1751	1739
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	37,9	3033	2875
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	11,1	888	1456
Milieu	Urbain	40,3	3232	3678
	Rural	59,7	4778	4331
Âge	15-19	21,8	1746	1796
	20-24	20,8	1669	1648
	25-29	18,9	1516	1468
	30-34	13	1040	1026
	35-39	11,4	909	922
	40-44	7,8	624	634
	45-49	6,3	506	515
	Statut matrimonial	Marié /En union	65	5203	5155
A été marié/En union		6,1	487	502
N'a jamais été marié/En union		29	2319	2352
Statut de mère	A déjà donné naissance	74,9	5999	5979
	N'a jamais donné naissance	25,1	2011	2030
	Sans niveau	56,9	4557	4470
Niveau d'instruction de la femme	Primaire	26,1	2092	2226
	Secondaire & +	15,7	1254	1213
	Programme non formel	1,2	98	88
	Manquant/NSP	0,1	9	12*
	Le plus pauvre	18,7	1495	1441
Quintiles de l'indice de richesse	Pauvre	17,9	1432	1397
	Moyen	18,6	1489	1557
	Riche	20,3	1624	1788
	Le plus riche	24,6	1970	1826
	Balante	24,2	1942	1875
Langue maternelle du chef de ménage	Fula/Mandingue	37,3	2985	2909
	Brames	22,8	1828	1784
	Autres langues	15,7	1255	1441
	Total	100	8010	8009

Tableau HH.5: Caractéristiques socioéconomiques des enfants de moins de 5 ans
Répartition en pourcentage des enfants de moins de 5 ans d'âge selon les caractéristiques individuelles,
Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage pondéré	Nombre pondéré enfants de moins de 5 ans	Nombre non pondéré enfants de moins de 5 ans
Sexe	Masculin	48,6	2839	2835
	Féminin	51,4	3007	3010
Région	SAB Capital	18,9	1107	922
	EST (Bafata e Gabu)	24,8	1451	1361
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	44,1	2576	2437
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	12,2	711	1125
	Urbain	29,2	1705	2065
Âge	Rural	70,8	4141	3780
	< 6 mois	11,1	651	658
	6-11 mois	9,7	569	568
	12-23 mois	21,8	1275	1269
	24-35 mois	20,8	1216	1209
	36-47 mois	19,2	1120	1127
	48-59 mois	17,4	1014	1014
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	70,7	4136	4086
	Primaire	19	1113	1168
	Secondaire & +	8,5	497	499
	Programme non formel	1,5	85	80
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	0,2	14*	12*
	Le plus pauvre	21,8	1276	1248
	Pauvre	22,6	1319	1270
	Moyen	21,7	1271	1302
	Riche	19,7	1151	1232
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	14,2	828	793
	Balante	26,2	1528	1495
	Fula/Mandinga	39,6	2308	2193
Total	Brames	21,5	1252	1242
	Autres langues	12,8	745	899
		100	5834	5829

Tableau CM. 1: Mortalité des enfants
Taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, Guinée-Bissau, 2006

	Taux de mortalité infantile*	Taux de mortalité infanto-juvénile**
Sexe		
Masculin	152	245
Féminin	123	200
Région		
SAB Capital	89	143
EST	152	257
NORD	145	245
SUD	101	165
Résidence		
Urbaine	150	250
Rurale	151	253
Quintiles de l'indice de richesse		
Pauvre (1,2,3) Les 60% les plus pauvres	151	253
Riche (4,5) Les 40% les plus riches	110	166
Langue maternelle		
Balante	140	237
Fula/Mandinga	136	231
Brames	124	209
Autres langues	98	160
Total	138	223

* Indicateur MICS 2; Indicateur OMD 14

** Indicateur MICS 1; Indicateur OMD 13

Tableau CM. 2: Naissances et proportion de décès

Nombre moyen d'enfants nés vivants, d'enfants survivants et proportion d'enfants décédés selon l'âge de la mère, Guinée-Bissau, 2006.

Age	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants	Proportion d'enfants décédés	Nombre de femmes
15-19	0,375	0,312	0,168	1746
20-24	1,418	1,172	0,173	1669
25-29	2,814	2,252	0,2	1516
30-34	4,345	3,384	0,221	1040
35-39	5,572	4,222	0,242	909
40-44	6,374	4,665	0,268	624
45-49	6,577	4,628	0,296	506
Total	3,018	2,313	0,234	8010

Ce tableau doit être produit séparément pour chaque caractéristique individuelle contenue dans le tableau CM.1 en vue de générer les inputs nécessaires à l'estimation des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile du tableau CM.1

Tableau NU. 1: Malnutrition infantile
 Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui sont sévèrement ou modérément mal nourris, Guinée-Bissau, 2006

		Poids pour âge: % dessous -2 SD	Poids pour âge: % dessous -3 SD*	Taille pour âge: % dessous -2 SD	Taille pour âge: % dessous -3 SD**	Poids pour taille: % dessous -2 SD	Poids pour taille: % dessous -3 SD***	Poids pour taille: % dessus +2 SD	Nombre d'enfants
Sexe	Masculin	18,9	4,5	41,2	21	7,6	2	8,4	2110
	Féminin	19,9	3,5	40,4	18	6,8	1,4	8,6	2224
Région	SAB Capital	10,5	2,7	32,9	12,9	3,8	1,2	12,4	831
	EST (Bafata e Gabu)	28,6	7	49,1	25,9	9,9	2	7,7	1084
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	18,5	2,7	39,3	18	7,2	1,5	6,5	2043
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	17,5	4,8	42,8	23,7	7,3	2,7	12,8	375
Milieu	Urbain	12,8	3	34,2	15,3	5	1,3	10,7	1288
	Rural	22,2	4,4	43,6	21,2	8,2	1,8	7,5	3046
Âge	< 6 mois	4,5	1,1	23,2	6,6	6,8	1,4	27	393
	6-11 mois	17,1	3,9	35,9	15,6	9,1	1,8	17,7	377
	12-23 mois	24,5	6,6	50,7	25,6	10,4	2,6	9,5	903
	24-35 mois	22	4,2	41,5	19,7	6,4	1,7	3,8	999
	36-47 mois	18,9	3,1	41,8	20,6	6,3	1,4	4	886
Niveau d'instruction de la mère	48-59 mois	19,4	3	38,5	19	5	1	4,4	774
	Sans niveau	21,8	4,6	43,4	21,5	8	1,7	8	3034
	Primaire	14,6	2,9	35,7	15,6	5,9	1,5	8,2	840
	Secondaire & +	10	1,9	28,2	10,6	4,8	2	13,3	388
	Programme non formel	25,7	2,9	65,4	29,2	5	2,9	8	60
	Manquant/NSP	30	0	38,8	13,7	0	0	0	12*

Tableau NU.1: Malnutrition infantile (Suite)

		Poids pour âge: % dessous -2 SD	Poids pour âge: % dessous -3 SD*	Taille pour âge: % dessous -2 SD	Taille pour âge: % dessous -3 SD**	Poids pour taille: % dessous -2 SD	Poids pour taille: % dessous -3 SD***	Poids pour taille: % dessus +2 SD	Nombre d'enfants
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	21,4	4,1	40,9	19,5	10,6	2,3	7,6	952
	Pauvre	20,8	3,6	45,4	20,4	6,2	1,8	7,5	948
	Moyen	24,2	5,5	46,5	25,5	7,5	1,9	7,2	938
	Riche	17,3	3,6	36,2	18,2	6,5	1,1	9,3	861
	Le plus riche	10,1	2,5	31,7	10,8	4,2	1,1	11,9	634
	Balante	17,3	2,7	39,5	17,6	7,6	1,8	8,1	1159
Langue maternelle du chef de ménage	Fula/Mandinga	25	5,7	46,5	24,4	8,2	1,7	8,2	1678
	Bramas	13,2	2,9	33,9	14,3	5,4	1,4	8,9	1007
	Autres langues	18,4	3,2	39,1	17,9	6,7	1,8	9,4	481
Total		19,4	4	40,9	19,5	7,2	1,7	8,5	4325

* indicateur MICS 6; indicateur OMD 4

** indicateur MICS 7

*** indicateur MICS 8

Tableau NU.1.w: Malnutrition infantile

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec poids ou taille manquant, Guinée-Bissau, 2006

		Enfants pas mesurés	Poids ou taille manquant	Mois ou année naissance manquant	Autres cas exclus	Nombre de cas exclus de l'analyse	Nombre d'enfants
Sexe	Masculin	1,3	2,8	4,1	17,7	25,7	2839
	Féminin	1,3	2,6	4,8	17,3	26	3007
Région	SAB Capital	3,6	9,2	1,2	11,2	25	1107
	EST (Bafata e Gabu)	0,9	1,9	6,4	16,3	25,3	1451
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	0,4	0,5	3,2	16,6	20,7	2576
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	2,1	2,2	10,2	32,8	47,3	711
Milieu	Urbain	2,9	6,5	1,9	13,4	24,5	1705
	Rural	0,7	1,1	5,5	19,2	26,4	4141
Âge	< 6 mois	3,6	3,8	1,6	30,8	39,6	651
	6-11 mois	1,1	1,6	1,7	29,3	33,7	569
	12-23 mois	1,4	1,3	1,7	24,8	29,2	1275
	24-35 mois	0,8	2,5	3,9	10,8	17,8	1216
	36-47 mois	0,8	3,7	6,7	10	20,9	1120
	48-59 mois	1,3	3,5	9,7	9,4	23,7	1014
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	1,2	1,9	5,5	18,2	26,6	4136
	Primaire	1,5	3,6	2,2	17,4	24,6	1113
	Secondaire & +	2,6	7,3	0,6	11,7	21,9	497
	Programme non formel	0	1,4	7,1	21,2	29,7	85
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	0	0	0	16,6	16,6	14*
	Le plus pauvre	0,8	0,5	6,2	17,9	25,4	1276
	Pauvre	0,8	1,2	6,7	19,6	28,1	1319
	Moyen	1,1	1,6	4,1	19,4	26,2	1271
	Riche	1,2	4,1	3,1	17	25,2	1151
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	3,5	8	0,9	11,4	23,5	828
	Balante	0,9	1,8	3,4	18	24,2	1528
	Fula/Mandinga	1,1	2,5	5,9	18,1	27,3	2308
	Brames	1,9	2,7	2,1	13	19,6	1252
	Autres langues	2,1	5,2	6,1	22,3	35,4	745
Total		1,3	2,7	4,5	17,5	25,9	5834

Tableau NU. 2: Allaitement maternel initial

Proportion de femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant l'enquête qui ont allaité leur bébé moins d'une heure ou moins d'une journée après la naissance, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage de femmes ayant commencé à allaiter moins d'une heure après la naissance*	Pourcentage de femmes ayant commencé à allaiter moins d'un jour après la naissance**	Nombre de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête
Région	SAB Capital	26,8	61,4	498
	EST (Bafata e Gabu)	27,8	60,9	612
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	20,7	72,4	1124
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	11	54,2	271
Milieu	Urbain	24,1	64,6	722
	Rural	22	65,8	1784
Nombre des mois depuis la dernière naissance	< 6 mois	23,2	66	654
	6-11 mois	22,6	66,2	585
	12-23 mois	22,1	64,6	1261
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	22,1	64,3	1711
	Primaire	22,7	68,6	518
	Secondaire & +	25	65,6	238
	Programme non formel	24,7	70,7	(36)
	Manquant/NSP	35,5	77,6	3*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	15,7	62,8	543
	Pauvre	25	69,4	576
	Moyen	23,5	64,4	529
	Riche	22,4	66,6	481
	Le plus riche	27,8	63	377
	Balante	20,5	66,4	657
Langue maternelle du chef de ménage	Fula/Mandinga	22	62,1	1013
	Brames	29,7	73,1	529
	Autres langues	16,7	61	306
Total		22,6	65,4	2506

*Indicateur MICS 45

Tableau NU. 3: Allaitement maternel
 Pourcentage d'enfants vivants selon le statut d'allaitement à différents groupes d'âge, Guinée-Bissau

		Enfants de 0-3 mois		Enfants de 0-5 mois		Enfants de 6-9 mois		Enfants de 12-15 mois		Enfants de 20-23 mois	
		Pourcentage, allaitement maternel exclusif	Nombre d'enfants	Pourcentage, allaitement exclusif*	Nombre enfants	Pourcentage enfants recevant le lait maternel et des aliments solides et semi solides (purée) **	Nombre enfants	Pourcentage, allaitement maternel ***	Nombre enfants	Pourcentage, allaitement maternel***	Nombre enfants
Sexe	Masculin	21,6	221	15,9	328	36,4	204	92,2	293	59,2	142
	Féminin	21,7	202	16,7	323	33,9	202	93,5	269	63,6	138
Région	SAB Capital	32,6	78	22,9	124	57	64	87,4	92	42,2	76
	EST (Bafata e Gabu)	15,8	117	13,4	189	30,1	110	96,6	137	77,6	60
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	21,6	167	14,3	260	36,8	179	92,9	264	60,9	112
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	19,3	60	19	78	13,4	52	92,4	69	78,1	33
	Urbain	31,3	120	21,8	190	46,7	103	88,7	141	43,7	103
	Rural	17,8	302	14	462	31,2	303	94,2	421	71,7	177
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	18,2	302	14,2	454	31,1	278	93,5	398	70,3	178
	Primaire	30,4	79	21,2	131	42,1	88	91,9	119	54,4	68
	Secondaire & +	32,1	33	21,5	56	48	34	90,4	34	21,4	(29)
	Programme non formel	12,5	5	7,5	9	49,6	5	86,3	9	71,3	4*
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	45,8	2	45,8	2	.	0	100	1	.	0
	Le plus pauvre	24,5	97	19,6	136	22,2	91	93,4	124	68,4	55
	Pauvre	18,3	94	15,7	149	33,3	96	95,6	142	71,1	66
	Moyen	13,7	82	10,8	128	32,7	92	93,6	126	85,4	45
	Riche	22,5	93	14	150	47,7	75	93	122	47,7	50
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	33,1	55	23,8	89	47,6	52	81	49	38,7	64
	Balante	21	108	16,5	161	36,3	94	96,6	147	73,3	76
	Fula/Mandinga	16,7	194	13	291	27,8	171	94,5	245	65,1	97
Total	Brames	30	68	18,9	118	51,3	101	87,3	97	40,6	60
	Autres langues	29	51	22,4	81	23,6	39	87	72	61	(47)
Total		21,4	421	16,1	650	35,2	405	92,8	560	61,4	280

* Indicateur MICS 15 ** Indicateur MICS 17 *** Indicateur MICS 16

Tableau NU.3w: Différentes formes d'alimentation des enfants selon leurs âges
Répartition en pourcentage des enfants âgés de moins de 3 ans selon la forme d'alimentation et l'âge,
Guinée-Bissau, 2006

Age	Forme d'allaitement de l'enfant						Total	Nombre d'enfants
	Allaitement maternel exclusif	Allaitement maternel et eau naturelle uniquement	Allaitement maternel et liquides autre que le lait	Allaitement maternel et autre forme de lait	Allaitement maternel et autres compléments alimentaires	Sevré (non allaité)		
0-1	30,7	45,2	9	3,6	2,6	8,9	100	181
2-3	14,9	47,4	10,8	17,6	2,5	6,7	100	242
4-5	6,3	44	9	19,6	16,2	4,9	100	229
6-7	5,5	30	13,4	16	29,7	5,4	100	208
8-9	5,4	24,2	8	13,1	40,9	8,4	100	197
10-11	7,8	27,4	12,7	10,2	38,5	3,4	100	163
12-13	4,1	27,1	11,5	9,5	40,7	7,2	100	242
14-15	2,6	23,4	9,7	8,7	48,5	7,1	100	320
16-17	2,1	14,3	15,4	7,2	52,2	8,9	100	231
18-19	2,1	15,2	12,9	6,3	44	19,6	100	203
20-21	0,5	7,5	10,4	5,6	44,5	31,4	100	146
22-23	2,5	10,6	12,7	6,1	21,5	46,5	100	133
24-25	0,5	7,4	8,2	5	20,3	58,6	100	229
26-27	0,5	1,5	3,5	1,4	18,6	74,4	100	310
28-29	0	1,9	1,9	0,5	8,9	86,9	100	226
30-31	0,5	1,5	0,8	0,6	11,5	85,2	100	151
32-33	0,7	1,3	0	0	5,7	92,3	100	167
34-35	0	1	2,6	0,3	3,9	92,2	100	132
Total	4,8	19,2	8,6	7,7	26	33,7	100	3711

Tableau NU. 4: Enfants bien nourris

Pourcentage d'enfants de moins de 6 mois exclusivement allaités au sein; d'enfants de 6-11 mois allaités et mangeant des aliments solides/semi solides selon le nombre minimum de fois recommandé la veille, enfants adéquatement nourris, Guinée-Bissau, 2006

		0-5 mois exclusivement allaités au sein	6-8 mois qui ont reçu le lait maternel et des aliments complémentaires au moins 2 fois au cours des 24 dernières heures	9-11 mois qui ont été allaités au sein et reçu des compléments alimentaires au moins 3 fois au cours des 24 dernières heures	6-11 mois qui ont été allaités au sein et reçu des compléments alimentaires un nombre minimum de fois recommandé par jour*	0-11 mois qui ont été nourris de façon appropriée **	Nombre d'enfants âgés de 0-11 mois
Sexe	Masculin	15,9	32,7	22,2	28,1	21,5	609
	Féminin	16,7	30,1	27,7	29	22,5	611
Région	SAB Capital	22,9	53,4	56,6	54,8	36,8	220
	EST (Bafata e Gabu)	13,4	24,7	27,3	25,8	18,7	329
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	14,3	34	18,7	27,1	20,7	516
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	19	6,6	5,3	6	12,5	156
Milieu	Urbain	21,8	44,4	41,3	43	31,2	339
	Rural	14	26,6	19,5	23,4	18,5	881
	Sans niveau	14,2	25,6	21,3	23,6	18,6	852
Niveau d'instruction de la mère	Primaire	21,2	41,4	26,3	36,2	28	238
	Secondaire & +	21,5	49,4	38,1	44,1	32,5	109
	Programme non formel	7,5	35,8	76,7	60,9	35,8	19*
	Manquant/NSP	45,8	.	.	.	45,8	2*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	19,6	19	12,8	15,9	17,7	270
	Pauvre	15,7	29,7	23,9	27,1	21	279
	Moyen	10,8	26	20,1	23,5	17,1	254
	Riche	14	40,7	29,4	36,3	23	253
	Le plus riche	23,8	49,1	54,4	51,4	36,5	165
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	16,5	34,3	21,5	27,5	21,8	309
	Fula/Mandinga	13	23,7	26,6	24,9	18,2	516
	Brames	18,9	45,5	28,6	38,8	29,6	255
	Autres langues	22,4	21	21,8	21,3	22	138
Total		16,1	31,5	25	28,6	21,9	1218

* Indicateur MICS 18

** Indicateur MICS 19

Tableau NU. 5: Consommation de sel iodé
 Pourcentage de ménages consommant adéquatement du sel iodé, Guinée-Bissau, 2006

	Pourcentage de ménages dont le sel a été testé	Nombre de ménages interviewés	Pourcentage de ménages avec résultat du test du sel			Total	Nombre de ménages dont le sel a été testé ou n'ayant pas de sel	
			sans sel	< 15 PPM	15+ PPM*			
Région	SAB Capital	97,8	1375	1,5	97,9	0,5	100	1365
	EST (Bafata e Gabu)	98,1	1170	0,9	96,4	2,7	100	1157
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	98,4	2048	0,4	99,5	0,2	100	2022
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	90,5	712	1,8	97,6	0,6	100	655
	Urbain	97,4	1969	1,4	98	0,6	100	1945
	Rural	96,9	3336	0,7	98,2	1,1	100	3255
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	96,2	1185	1,1	98,5	0,4	100	1152
	Pauvre	96,6	1032	0,9	97,6	1,5	100	1006
	Moyen	97	951	0,3	98,8	0,9	100	926
	Riche	97,6	1078	1,1	97,9	1	100	1064
	Le plus riche	98	1060	1,2	98	0,8	100	1052
Total		97,1	5305	1	98,1	0,9	100	5200

* Indicateur MICS 41

Tableau NU. 6: Compléments en vitamine A pour les enfants
Répartition en pourcentage des enfants âgés de 6-59 mois selon qu'ils ont reçu une dose élevée de
supplément en vitamine A au cours des 6 derniers mois, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage d'enfants qui ont reçu la vitamine A :					Total	
		Au cours des 6 derniers mois*	Avant les 6 derniers mois	Ne sait pas quand	Pas sur que l'enfant ait reçu de la vitamine A	Jamais reçu la vitamine A	Total	Nombre d'enfants âgés de 6-59 mois
Sexe	Masculin	57,9	14,8	10,3	2,6	14,4	100	2511
	Féminin	59,4	13,7	10,3	1,8	14,8	100	2683
Région	SAB Capital	71,7	5,3	9,9	2,6	10,5	100	983
	EST (Bafata e Gabu)	67,2	12,5	9,6	1,4	9,3	100	1262
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	54,5	19,1	8,1	2,2	16,1	100	2316
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	37,1	13,8	20,2	3	25,9	100	633
Milieu	Urbain	66,6	9,5	10,2	2,7	11,1	100	1515
	Rural	55,4	16,2	10,4	2	16,1	100	3679
Âge	6-11 mois	63,4	5,5	7,2	1	23	100	569
	12-23 mois	58	14,1	9,8	1,7	16,4	100	1275
	24-35 mois	57,8	16,8	11,9	1,9	11,6	100	1216
	36-47 mois	60,6	14,8	9,7	3,2	11,7	100	1120
	48-59 mois	56	15,5	11,4	2,5	14,6	100	1014
	Sans niveau	56,7	14,6	10,8	2,6	15,3	100	3682
Niveau d'instruction de la mère	Primaire	63,7	14	9,3	0,9	12,1	100	983
	Secondaire & +	68,6	13,3	8,4	1,5	8,2	100	441
	Programme non formel	39,4	7,8	11,7	0	41,1	100	76
	Manquant/NSP	12	9,1	10	10,1	58,8	100	12*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	54,8	13,4	9,2	1,8	20,8	100	1140
	Pauvre	53,1	18,5	10	2,9	15,6	100	1170
	Moyen	56,9	16	12,2	1,1	13,8	100	1144
	Riche	62	13	11,3	2,4	11,4	100	1001
	Le plus riche	72	7,6	8,2	3	9,2	100	739
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	58,1	10,8	9,5	2,7	18,9	100	1367
	Fula/Mandinga	60,8	13,3	8,8	1,7	15,4	100	2017
	Brames	58	21,7	11,3	1,9	7,2	100	1134
	Autres langues	54,3	11,5	15,1	2,9	16,3	100	665
Total		58,6	14,2	10,3	2,2	14,6	100	5184

* Indicateur MICS 42

Tableau NU. 7: Compléments en vitamine A pour les accouchées
 Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête selon qu'elles ont reçu un supplément de vitamine A avant la huitième semaine de l'enfant, Guinée-Bissau, 2006

		A reçu un supplément en vitamine A*	Pas sûr d'avoir reçu de la vitamine A	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans
Région	SAB Capital	65	2,4	498
	EST (Bafata e Gabu)	56,5	5,5	612
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	54,9	1,7	1124
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	56,2	1,6	271
	Urbain	64,5	2,7	722
	Rural	54,6	2,8	1784
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	54,2	3,1	1711
	Primaire	67	1,8	518
	Secondaire & +	65,9	2,1	238
	Programme non formel	22,5	4,2	(36)
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	22,4	0	3*
	Le plus pauvre	49,5	0,8	543
	Pauvre	55,1	3,2	576
	Moyen	54,7	3,7	529
	Riche	64,5	3,3	481
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	67,1	2,8	377
	Balante	51,4	2,2	657
	Fula/Mandinga	52,4	4,4	1013
	Brames	69,7	1,2	529
Total	Autres langues	66	1,1	306
		57,4	2,8	2506

* Indicateur MICS 43

Estimation du faible poids à la naissance

		Nombre d'enfants pesés à la naissance	Nombre d'enfants à la naissance pesant moins de 2500 grammes	Nombre d'enfants à la naissance pesant exactement 2500 grammes	Proportion d'enfants à la naissance dont le poids < 2500 grammes	Nombre total de naissances vivantes	Nombre estimé de naissances vivantes avec un poids < 2500 grammes
Taille de votre dernier enfant	Très gros	172,8	2,1	1,2	0,014	312,5	4,3
	Plus gros que la moyenne	337	11,9	1,2	0,036	525,9	19
	Moyen	425	66,3	68,6	0,196	1170,8	230
	Plus petit que la moyenne	54,6	38,8	3	0,726	179,2	130,1
	Très petit	45,9	37,5	1,9	0,828	201,3	166,7
	NSP/Manquant	3,7	1,2	1,3	0,411	116	47,7
Total		1039	157,8	77,2	2,212	2505,7	597,7

Tableau NU. 8: Nourrissons nés avec une insuffisance pondérale

Pourcentage de naissances vivantes au cours des deux années précédant l'enquête dont le poids est inférieur à 2500 grammes à la naissance, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage de naissances vivantes avec un poids < 2500 grammes *	Pourcentage d'enfants pesés à la naissance **	Nombre de naissances vivantes
Région	SAB Capital	19,5	75,3	498
	EST (Bafata e Gabu)	26,8	15,3	612
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	23,6	42,8	1124
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	26,5	32,9	271
Milieu	Urbain	20,3	70,5	722
	Rural	25,3	29,7	1784
	Sans niveau	25,5	29,1	1711
Niveau d'instruction de la femme	Primaire	21,3	61,7	518
	Secondaire & +	17,1	86,3	238
	Programme non formel	26,4	43	(36)
	Manquant/NSP	16,1	42,1	3*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	25,3	25,2	543
	Pauvre	24,6	26,8	576
	Moyen	25,7	32,9	529
	Riche	23,2	55,7	481
	Le plus riche	18,9	81,2	377
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	26	41	657
	Fula/Mandinga	24,9	29,4	1013
	Brames	19,7	58,3	529
	Autres langues	22,7	53,4	306
Total		23,9	41,5	2506

* Indicateur MICS 9

**Indicateur MICS 10

Tableau CH. 1: Vaccinations au cours de la première année
 Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance à un moment quelconque
 avant l'enquête et avant le premier anniversaire, Guinée-Bissau, 2006

	BCG *	DTC 1	DTC 2	DTC 3 **	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3 ****	Rougeole ****	Tous *****	Aucun	Nombre d'enfants de 12-23 mois
Carnet de vaccination	75,7	70,2	65,1	57,4	56,2	73,4	67,2	61,0	63,5	49,6	,4	1275
Déclaration de la mère	13,2	12,5	9,6	5,4	7,9	13,6	9,5	3,1	12,0	,6	7,3	1275
Carnet de vaccination/Déclaration de la mère	88,9	82,7	74,7	62,8	64,1	87,0	76,7	64,1	75,5	50,2	7,7	1275
Vacciné avant l'âge de 12 mois	87,1	80,1	72,2	59,1	62,8	84,9	74,1	59,7	71,2	39,9	7,9	1275

* Indicateur MICS 25

** Indicateur MICS 26

*** Indicateur MICS 27

**** Indicateur MICS 28 ; Indicateur OMD 15

***** Indicateur MICS 31

Tableau CH. 2: Vaccinations en fonction des caractéristiques socioéconomiques
 Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance, Guinée-Bissau, 2006

		BCG	DTC 1	DTC 2	DTC 3	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Tous	Aucun	Pourcentage ayant un carnet	Nombre d'enfants de 12-23 mois
Sexe	Masculin	89,7	83,2	76,5	62,5	66,3	87,7	77,8	62,3	76,1	49,5	6,6	78,8	648
	Féminin	87,7	81	71,1	61,7	61,7	85,8	74,7	65,2	73,9	50,6	8,9	77,7	627
Région	SAB Capital	95,5	88,8	83,3	70,5	85,5	95,5	84,2	70,9	85,3	60,1	2,1	77	252
	EST (Bafata e Gabu)	92	82,1	76,7	71,8	57,3	90,3	84,7	75,6	85,6	61,5	7	84,1	310
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	88,3	83,7	74,3	58,8	64	84,7	72,9	59,6	70,8	46,2	7,1	80,2	562
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	71,9	65,5	50,6	40,6	41,9	72,4	58,5	42,6	51,9	23,6	20,8	61	151
	Urbain	94,3	87,8	81,9	69,7	78,4	93	83,3	70,1	82,7	58,1	3,4	78,3	374
	Rural	86,4	79,8	70,5	59	58	84,1	73,4	61,1	71,9	46,7	9,5	78,2	901
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	87	79,7	69,6	57,9	58,5	85,4	74,1	60,2	72	45,7	8,9	77,7	876
	Primaire	91	84,8	80	68,4	74,8	87,1	78,2	69,2	79,7	55,7	6	77,6	275
	Secondaire & +	95,5	92,3	90,5	77,4	83,4	95,2	86,8	76,3	86,7	66,6	3,4	80,3	102
	Programme non formel	96,8	96,8	90,9	79	55,9	96,8	90,9	79	84,7	72,8	3,2	96,8	21*
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	1*
	Le plus pauvre	83,7	79,3	67,6	54,5	56,9	82,6	70,5	57,4	70,2	42,5	9,8	75,9	277
	Pauvre	87,1	79,3	71,5	60	60	84,2	75,7	62,3	71,2	49,8	10,2	78,4	304
	Moyen	88,5	80,9	72,2	60,6	56,1	86	76,3	63,5	71,4	45,5	9	78,4	264
	Riche	89,2	82,8	74,3	64,6	69,1	88,1	75,1	64,2	78,1	52,8	5,5	79	244
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	98,3	91,7	88,8	76	85,8	96,5	87,5	75,3	89,8	64,4	1,7	80,3	187
	Balante	87,5	81,5	69	55,5	61,4	82,9	69,2	55,5	73,5	44,9	8,3	76,9	326
	Fula/Mandinga	89,6	80,8	73,5	62,8	58,6	88,1	79,4	67,1	75,1	51,8	7,5	81,9	513
Langue maternelle du chef de ménage	Brames	91,4	86,4	81	66,9	79,3	89,6	78	65,9	80,6	54,9	4,4	76,6	260
	Autres langues	84,2	80,9	73,3	65,2	62	85,8	77,7	65,5	69,6	46,8	12,3	72,5	174
Total		88,7	82,2	73,9	62,1	64	86,8	76,3	63,7	75,1	50	7,7	78,3	1273

Tableau CH. 3: Protection contre le tétanos néonatal

Pourcentage des mères ayant une naissance vivante au cours des 12 derniers mois, protégées contre le tétanos néonatal, Guinée-Bissau, 2006

		A reçu au moins 2 doses durant la grossesse	A reçu au moins 2 doses, dans les trois précédentes années	A reçu au moins 3 doses, au cours des 5 précédentes années	A reçu au moins quatre doses, au cours des 10 précédentes années	A reçu au moins 5 doses dans sa vie	Protégée contre le tétanos *	Nombre de mères
Région	SAB Capital	62,1	6,7	0	0	0,2	69	498
	EST (Bafata e Gabu)	52,9	6,7	0,8	0,3	0,4	61,1	612
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	61,8	7,2	1,8	0,6	0,7	72,1	1124
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	55,5	10,5	0,3	0	0,7	66,9	271
Milieu	Urbain	64,6	6,5	0,1	0,5	0,2	71,9	722
	Rural	56,8	7,7	1,4	0,3	0,6	66,7	1784
Âge	15-19	55,7	4,4	0	0	0	60	331
	20-24	62,6	6,9	0,6	0,2	0	70,4	675
	25-29	58,9	8,8	1,4	0,1	0,3	69,6	699
	30-34	60,8	8,3	1,7	0,7	0,8	72,3	414
	35-39	54,1	6,5	1,5	0,5	0,4	63	271
	40-44	53,1	9,3	0	0	7	69,5	88
Niveau d'instruction de la femme	45-49	52,3	4,4	0	9,1	0	65,9	(28)
	Sans niveau	55,5	7,7	1,3	0,3	0,5	65,3	1711
	Primaire	66,2	6,4	0,6	0,1	0,9	74,2	518
	Secondaire & +	69,1	8	0,1	0,9	0	78,1	238
	Programme non formel	55,7	0	0	0	0	55,7	(36)
	Manquant/NSP	64,5	0	0	0	0	64,5	3*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	55,9	7,4	1,5	0,5	0	65,3	543
	Pauvre	55,5	5,8	1,8	0,3	1	64,4	576
	Moyen	55,6	8,4	0,6	0,3	0,4	65,4	529
	Riche	65,2	7,5	0,7	0,6	1	75	481
	Le plus riche	65,6	7,9	0	0	0	73,5	377
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	59,6	9,3	2	0,9	0,4	72,2	657
	Fula/Mandinga	54,5	5,6	0,9	0,2	0,8	62	1013
	Bramas	64,2	7	0,4	0,1	0,2	72	529
	Autres langues	63,7	9,5	0,1	0	0,3	73,7	306
Total		59	7,4	1	0,4	0,5	68,2	2506

*Indicateur MICS 32

Tableau CH. 4: Traitement RVO

Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines et qu'ont reçu une Solution de Réhydratation Orale (SRO) ou d'autres formes de réhydratation par voie orale, Guinée-Bissau, 2006

		A eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines	Nombre d'enfants de 0-59 mois	Liquide d'un paquet SRO	Liquide recommandé préparé à la maison	Liquide SRO pré emballée	Pas de traitement	Taux d'utilisation de SRO *	1
Sexe	Masculin	13,4	2839	12,2	28,2	9,3	55,5	44,5	381
	Féminin	11,3	3007	16,3	26,5	15,2	51,7	48,3	341
Région	SAB Capital	13,1	1107	14,9	26,5	24,3	46,4	53,6	145
	EST (Bafata e Gabu)	9,9	1451	10,5	19,5	13,2	58,3	41,7	143
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	14	2576	15,8	29,4	8,2	55,1	44,9	360
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	10,3	711	11,2	34,9	5,1	52,5	47,5	73
Milieu	Urbain	12,7	1705	18,3	23,1	18,6	50,2	49,8	216
	Rural	12,2	4141	12,3	29,2	9,3	55,2	44,8	505
Âge	< 6 mois	7,8	651	18,1	12,2	10,5	69,6	30,4	51
	6-11 mois	19,5	569	13	20	13,5	60,6	39,4	111
	12-23 mois	21,4	1275	13,3	27,6	13,5	52,8	47,2	273
	24-35 mois	12,5	1216	12,9	35,6	12,4	45,5	54,5	152
	36-47 mois	8,1	1120	17,8	35,5	10	47,7	52,3	90
	48-59 mois	4,4	1014	13,8	17,7	5,6	64,5	35,5	(44)
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	12	4136	11,9	28,1	9,4	55,2	44,8	496
	Primaire	13,1	1113	18,9	27,2	15	51,8	48,2	146
	Secondaire & +	12,6	497	20	25,5	24	45,5	54,5	63
	Programme non formel	16,7	85	17,4	8,6	25,6	56,8	43,2	14*
	Manquant/NSP	17,9	14	0	50,4	0	49,6	50,4	3*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	12,9	1276	10,8	31,4	7,6	54,1	45,9	164
	Pauvre	12,6	1319	15,1	26,9	6,3	57,2	42,8	166
	Moyen	11,6	1271	11,3	30,9	12,2	51,2	48,8	148
	Riche	11,5	1151	14	20,9	10,9	64,9	35,1	132
	Le plus riche	13,5	828	21,3	25,4	28,7	38	62	112
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	12	1528	14,4	33,4	10,3	50,1	49,9	184
	Fula/Mandinga	11,1	2308	13,5	21,7	13,1	58,6	41,4	257
	Brames	14,7	1252	17,2	26	11,4	53,5	46,5	183
	Autres langues	13,1	745	9,3	33,8	14,3	48	52	98
Total		12,4	5834	14,1	27,4	12,1	53,7	46,3	722

*Indicateur MICS 33

Tableau CH. 5: Traitement à domicile de la diarrhée
 Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines et qui ont reçu plus de liquide
 et ont poursuivi l'alimentation durant l'épisode, Guinée-Bissau, 2006

		Enfants avec diarrhée qui :	Nombre d'enfants âgés de 0-59 mois	A bu plus	A bu la même quantité ou moins	A mangé moins, la même quantité ou davantage	A mangé beaucoup moins ou rien	Prise en charge de la diarrhée à domicile *	A reçu autre solution de réhydratation ou a augmenté la prise de liquides et poursuivi l'alimentation **	Nombre d'enfants de 0-59 mois avec diarrhée
Sexe	Masculin	13,4	2839	17,7	23	48,8	50,3	12,2	28	381
	Féminin	11,3	3007	17	26,6	39,6	59	9,7	22,2	341
Région	SAB Capital	13,1	1107	20,2	22,1	41,9	57,3	13,4	27,8	145
	EST (Bafata e Gabu)	9,9	1451	9,1	18,8	44,2	55,8	6,7	23	143
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	14	2576	18,9	29,2	44,2	54	11	24,4	360
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	10,3	711	20,2	19,2	51,3	48,1	14,4	29,1	73
Milieu	Urbain	12,7	1705	17,2	24,1	44,6	53,1	11,6	28,1	216
	Rural	12,2	4141	17,4	24,9	44,3	55	10,7	24,1	505
Âge	0-11 mois	13,2	1220	22,2	33,5	37,9	60,6	13,3	21,9	161
	12-23 mois	21,4	1275	15,4	22,2	42,2	56,7	9,8	23,9	273
	24-35 mois	12,5	1216	13,7	19,3	50	49,2	8,3	28,4	152
	36-47 mois	8,1	1120	19,1	24,2	50,3	49,7	13,8	28,2	90
	48-59 mois	4,4	1014	20,5	27,6	51,3	45,8	13,1	28,9	(44)
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	12	4136	18,2	25,4	45,1	53,8	11,6	25,6	496
	Primaire	13,1	1113	13,9	27,6	35,6	62,6	7,5	20,5	146
	Secondaire & +	12,6	497	16,1	17,1	52,8	47,2	13,8	31,6	63
	Programme non formel	16,7	85	32,3	8,6	65,4	34,6	14,7	31,8	14*
	Manquant/NSP	17,9	14	0	0	100	0	0	50,4	3*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	12,9	1276	19,6	27,5	46,2	53,1	12,8	24,7	164
	Pauvre	12,6	1319	13,6	25,4	46,2	52,6	8,4	24,5	166
	Moyen	11,6	1271	18,7	21,7	40,1	58,6	10,6	23,7	148
	Riche	11,5	1151	16	23,5	42,2	55,4	11,7	22,1	132
	Le plus riche	13,5	828	19,2	24,8	47,6	52,4	11,7	33,1	112
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	12	1528	14,7	27,3	42,7	55,8	10,2	23,9	184
	Fula/Mandinga	11,1	2308	18,5	19,4	46,9	52,4	11,1	25,4	257
	Brames	14,7	1252	19,1	30,5	45,2	53,1	12,8	26,8	183
	Autres langues	13,1	745	15,9	22,6	39,9	59,7	8,7	24,5	98
Total		12,4	5834	17,3	24,7	44,4	54,4	11	25,3	722

* Indicateur MICS 34

** Indicateur MICS 35

Tableau CH. 6: Consultations pour les enfants suspectés de pneumonie

Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui une pneumonie est suspectée dans les 2 dernières semaines et qui ont été amenés à un service de santé, Guinée-Bissau, 2006

		A une infection respiratoire aigüe	Nombre d'enfants de 0-59 mois	hôpital public	centre de santé publique	poste de santé publique	Auxiliaire de santé	Autre service publique	clinique ou hôpital Privé	Medecin privé	Pharmacie	Autre centre de santé prive	Parents ou amis	Un agent Traditionel de santé	Autre	*N'importequel agent apropiée de santé	Nombre d'enfants ages de 0-59 mois suspects de pneumonie
Sexe	Masculin	4,6	2839	27,6	19,1	3,4	5,5	0	3,1	3,1	0	0,5	7,4	0,2	0,5	52,3	130
	Féminin	4,1	3007	28,7	26,7	4,4	2,9	0,6	2	3	1,8	1	7,5	1,6	1,2	60,9	123
Région	SAB Capital	7,3	1107	46,3	25,4	3	1,5	0	6	7,5	1,5	1,6	8,6	1,5	0	74,4	81
	EST (Bafata e Gabu)	1,5	1451	18,8	15,6	10,9	5,4	0	7,3	0	0	0	7,6	0	0	58	22*
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	4,8	2576	18,1	23	2,7	6,2	0,6	0	1,2	0	0,6	7,7	0	1,8	45,2	123
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	3,8	711	26,9	19,7	6,2	2,7	0	0	0	3,5	0	2,4	3,6	0	52,8	(27)
	Urbain	6	1705	45,4	24,5	3,1	2,6	0	4,7	7,5	1,2	1,2	8,9	1,4	0	72,8	102
Âge	Rural	3,6	4141	16,5	21,6	4,4	5,4	0,5	1,1	0	0,6	0,5	6,4	0,5	1,4	45,4	151
	0-11 mois	5,6	1220	29,7	21,7	9,6	0	0	0	4,8	0	0	15,5	0	0	61	68
Niveau d'instruction de la mère	12-23 mois	6	1275	27,4	23,1	2,7	3,3	0	6,8	3,2	0	1,6	3,3	2,8	0	56,8	77
	24-35 mois	3,6	1216	29,6	20,4	0	12,2	1,8	2,8	2,8	0	0	2,8	0	3,4	53,8	(43)
	36-47 mois	3,1	1120	21,8	24,1	3,5	0	0	0	0	0	2	9,4	0	0	48	(35)
	48-59 mois	3	1014	32	26,4	0	9,7	0	0	2,4	7,2	0	4,1	0	2,3	59,2	(30)
	Sans niveau	3,9	4136	22,8	22	5,3	6,2	0,5	1	0	0,7	0	8,4	0,6	1,3	49,9	163
Quintiles de l'indice de richesse	Primaire	3,8	1113	33,3	26,5	2,8	1,6	0	8,6	2,8	2,2	1,6	1	2,9	0	64,3	(42)
	Secondaire & +	9,4	497	42,8	22,6	0	0	0	2,6	13,8	0	2,7	10,2	0	0	73,7	(47)
	Programme non formel	1,4	85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1*
Langue maternelle du chef de ménage	Manquant/NSP	0	14	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0*
	Le plus pauvre	4,3	1276	8,7	18,8	2,4	4,8	0	0	0	1,7	0	10,2	0	1,3	31,9	55
	Pauvre	3,8	1319	25,9	17	4,9	6,3	0	0	0	0	0	4,9	1,4	1,4	49,2	50
	Moyen	3,4	1271	18,4	16,5	4,9	5,1	0	3,7	0	0	1,6	3,7	0	0	45,7	(43)
	Riche	4,1	1151	35,3	25,6	4,1	3,2	1,7	7,7	6,9	0	0	4,1	0,5	1,7	71,9	(47)
Total	Le plus riche	7	828	50,1	34	3,4	2,1	0	2,1	7,6	2,1	2,2	12,5	2,1	0	81,6	58
	Balante	3,8	1528	20,4	15,6	0	2,5	0	4,2	4,1	2,1	1,2	5,8	0	2,4	41	58
	Fula/Mandinga	3,1	2308	30,5	23,6	8,3	4,4	1,1	2,2	1	0	0	10	1	1,1	60,1	73
Total	Brames	6,8	1252	24,9	27,9	1,4	7,3	0	2,8	5,3	0	1,5	8,2	0	0	59	85
	Autres langues	5	745	42,8	20,9	6,8	0	0	0	0	2,5	0	3,5	3,9	0	67,7	(38)
Total		4,3	5834	28,1	22,8	3,9	4,3	0,3	2,5	3	0,9	0,8	7,4	0,9	0,9	56,5	253

* Indicateur MICS 23

Tableau CH. 7: Traitement à l'antibiotique de la pneumonie

Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie est suspecté et qui a reçu un traitement à l'antibiotique, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie a été suspecté et qui a reçu un traitement à l'antibiotique durant les 2 dernières semaines *	Nombre d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie a été suspecté dans les 2 dernières semaines précédant l'enquête
Sexe	Masculin	39,2	130
	Féminin	44,7	123
Région	SAB Capital	54,5	81
	EST (Bafata e Gabu)	27,6	22*
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	36,3	123
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	41	(27)
	Urbain	55	102
Âge	Rural	33	151
	0-11 mois	36,8	68
	12-23 mois	42,2	77
	24-35 mois	41,4	(43)
	36-47 mois	34,8	(35)
Niveau d'instruction de la mère	48-59 mois	61,3	(30)
	Sans niveau	34,2	163
	Primaire	51,2	(42)
	Secondaire & +	61,3	(47)
Quintiles de l'indice de richesse	Programme non formel	0	1*
	Le plus pauvre	24	55
	Pauvre	29,8	50
	Moyen	38,5	(43)
	Riche	53,1	(47)
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	62,7	58
	Balante	31,6	58
	Fula/Mandinga	38,3	73
Total	Brames	46,3	85
	Autres langues	54,8	(38)
		41,9	253

* Indicateur MICS 22

Tableau CH.7A: Connaissance des deux signes de risque de pneumonie

Pourcentage connaissant les symptômes pour amener immédiatement un enfant à l'hôpital; et reconnaissant la Infection Respiratoire Aigue comme un signe pour soins immédiats, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage de mères/personnes en charge d'enfants de 0-59 mois qui pensent qu'un enfant doit être amené immédiatement dans un service de santé s'il :								Mères/personnes en charge qui reconnaissent deux signes de risque de la pneumonie	Nombre de mères/personnes en charge d'enfants de 0-59 mois
		N'arrive pas à boire ou manger	Devient plus malade	Développe la fièvre	A une respiration rapide	A des difficultés à respirer	A du sang dans les selles	Boit difficilement	A d'autres symptômes		
Région	SAB Capital	19,4	42,8	92,4	23,3	16,4	18,6	4,7	36,8	11,1	1107
	EST (Bafata e Gabu)	76	93	89,6	82,8	79,9	85,1	68,3	7	77,9	1451
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	27,2	69,9	84,9	30,8	28,5	24,3	12,5	22,6	21,9	2576
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	18,7	64,1	85,7	27,3	30,5	41,8	27	16,9	23,2	711
Milieu	Urbain	26,9	54,4	91,2	32,5	27,6	31,7	14,3	30,5	21,7	1705
	Rural	40,9	76,2	86,1	45,7	44	44	31,7	16,7	38,9	4141
	Sans niveau	39	73,4	86,8	44	41,9	43,7	29,6	18,6	36,8	4136
Niveau d'instruction de la mère	Primaire	35,3	65,2	89,8	41	36	34,8	22,7	22,1	31,3	1113
	Secondaire & +	23,4	52,2	91,9	28,5	25,7	27,5	11,4	34	17,6	497
	Programme non formel	29,7	61,4	74	32,1	27,4	31,3	25,2	24	26	85
	Manquant/NSP	24,3	66,8	90	28	41,9	33,1	16,6	50,9	28	14*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	28,9	73,2	81,9	33,6	33,3	33,9	23,9	19,1	28,6	1276
	Pauvre	41,2	76,8	85,1	46,8	45,4	45,2	32,8	16,3	40,4	1319
	Moyen	45,9	75	88,4	49,9	46,9	47,5	32,9	15,2	41,1	1271
	Riche	39,6	68,1	93,5	46	41,1	43,2	25,4	27,5	35,5	1151
	Le plus riche	24,1	48	91,1	28,7	24	28,2	13,2	29,2	18,7	828
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	26,3	71,8	86,4	29,2	28	30,8	16,3	24,3	22,5	1528
	Fula/Mandinga	53	78,2	87,4	59,6	56,7	58,4	44	15	52,5	2308
	Brames	29,7	63,2	91,3	35,3	29,5	26,8	10,7	28,3	22,7	1252
	Autres langues	19,7	50,7	84,5	23,5	24,2	27,2	20,6	18,4	18,5	745
Total	36,7	69,8	87,6	41,8	39,2	40,4	26,6	20,7	33,9	5834	

Tableau CH. 8: Utilisation de combustibles solides

Distribution en pourcentage des ménages selon le type de combustible pour la cuisine, et pourcentage des ménages utilisant un combustible solide pour la cuisine, Guinée-Bissau, 2006

		Type de combustible pour la cuisine					Total	Combustible solide pour la cuisine *	Nombre de ménages
		Gaz/Electricité	Charbon de bois	Bois	Autres	Manquant			
Région	SAB Capital	4	90,6	4,2	1	0,1	100	94,8	1375
	EST (Bafata e Gabu)	0,2	9,5	90	0,2	0,1	100	99,7	1170
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	0,2	8,5	90,9	0,3	0,2	100	99,5	2048
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	0,2	3	96,6	0	0,1	100	99,7	712
Milieu	Urbain	3	74,2	21,8	0,9	0,1	100	96,1	1969
	Rural	0,1	2,8	96,8	0,2	0,1	100	99,7	3336
	Sans niveau	0	14,6	84,9	0,3	0,2	100	99,6	2696
Niveau d'instruction du chef de ménage	Primaire	0,5	32,6	66,3	0,5	0,1	100	99	1370
	Secondaire & +	5,6	61,8	31,9	0,7	0	100	93,7	958
	Programme non forme	0	19,8	80,2	0	0	100	100	148
	Manquant/NSP	0,9	69,2	28,1	1,8	0	100	98,2	132
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	0	0,1	99,9	0	0	100	100	1185
	Pauvre	0	0,9	98,6	0,3	0,1	100	99,8	1032
	Moyen	0	3,2	96,3	0,3	0,2	100	99,7	951
	Riche	0,3	52,3	45,8	1,4	0,2	100	98,1	1078
	Le plus riche	5,7	89,6	4,6	0,1	0	100	94,2	1060
Langue maternelle	Balante	0,4	19,8	78,6	1,1	0,1	100	98,5	1414
	Fula/Mandinga	0,5	25	74,2	0,2	0,1	100	99,4	1806
	Brames	1,2	37,8	60,8	0,1	0,1	100	98,7	1246
	Autres langues	4	41,8	53,7	0,3	0,3	100	95,4	839
Total		1,2	29,3	69	0,4	0,1	100	98,4	5305

Tableau CH. 9: Utilisation de combustibles solides par type de fourneau ou de foyer
 Pourcentage de ménages utilisant des combustibles solides pour la cuisine par type de four ou de feu, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage de ménages utilisant des combustibles solides pour la cuisine :					Total	Nombre de ménages utilisant des combustibles solides pour la cuisine
		Four fermé avec cheminée	Four ouvert ou feu avec cheminée ou hotte	Four ouvert ou feu sans cheminée ou hotte	Autre four	NSP le type du four/manquant		
Région	SAB Capital	41,8	1,2	56,6	0,3	0,1	100	1304
	EST (Bafata e Gabu)	57,6	2,2	39,6	0,3	0,3	100	1166
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	47,9	3	43,2	5,8	0,1	100	2038
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	33,5	18,6	38,4	9,3	0,1	100	709
Milieu	Urbain	43,7	2,5	52,9	0,9	0,1	100	1891
	Rural	48,2	5,6	40,7	5,3	0,2	100	3326
	Sans niveau	47,4	4,3	44	4,2	0,1	100	2685
Niveau d'instruction du chef de ménage	Primaire	44,2	5,3	45,8	4,6	0,1	100	1356
	Secondaire & +	50	3,7	44,7	1,5	0,2	100	897
	Programme non forme	43,9	6,5	48	1,7	0	100	148
	Manquant/NSP	33,6	3,1	62,7	0,6	0	100	129
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	36,6	7,7	47,4	8,1	0,2	100	1184
	Pauvre	46,4	5,2	42,7	5,7	0	100	1030
	Moyen	55	4,1	38,2	2,6	0,2	100	948
	Riche	45,6	3,8	49,7	0,9	0,1	100	1057
	Le plus riche	51,7	1,2	46,7	0,4	0,1	100	998
Langue maternelle	Balante	34,3	6,1	54,5	5	0,2	100	1393
	Fula/Mandinga	50,3	3	44,9	1,7	0,1	100	1794
	Brames	56	4,2	38,3	1,3	0,2	100	1230
	Autres langues	45,1	5,5	40	9,3	0,1	100	800
Total		46,6	4,5	45,1	3,7	0,1	100	5218

Tableau CH. 10: Disponibilité de moustiquaires imprégnés
 Pourcentage de ménages avec au moins un moustiquaire traité à l'insecticide (MII), Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire traité à l'insecticide (MII)*	Nombre de ménages
Région	SAB Capital	82,7	26,8	1375
	EST (Bafata e Gabu)	70,3	40,3	1170
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	83,7	56,3	2048
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	73,7	44,8	712
Milieu	Urbain	81,5	34,5	1969
	Rural	77,8	48,9	3336
	Sans niveau	77,2	44,3	2696
Niveau d'instruction du chef de ménage	Primaire	82,3	44,2	1370
	Secondaire & +	80,1	38,9	958
	Programme non forme	78,4	60,5	148
	Manquant/NSP	83	36,6	132
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	73,7	44,7	1185
	Pauvre	79	47	1032
	Moyen	80	51,7	951
	Riche	83,1	42,4	1078
	Le plus riche	80,8	32,8	1060
	Balante	81,6	43,3	1414
Langue maternelle	Fula/Mandinga	75,4	44	1806
	Brames	82,8	46,2	1246
	Autres langues	77,8	39,2	839
Total		79,2	43,6	5305

* Indicateur MICS 36

Tableau CH. 11: Enfants dormant sous une moustiquaire
 Pourcentage d'enfant de 0-59 mois ayant dormi la nuit dernière sous une moustiquaire traitée à l'insecticide, Guinée-Bissau, 2006

		Ont dormi sous une moustiquaire *	Ont dormi sous une moustiquaire traitée **	Ont dormi sous une moustiquaire non traitée	Ont dormi sous une moustiquaire mais ne sait pas si elle était traitée	On ne sait pas s'ils ont dormi sous une moustiquaire	N'ont pas dormi sous une moustiquaire	Nombre d'enfants âgés de 0-59 mois
Sexe	Masculin	73,5	38,7	30,4	4,4	1,2	25,3	2839
	Féminin	72,9	39,2	28,9	4,9	1,2	25,8	3007
Région	SAB Capital	86,9	26,9	53,4	6,6	2,4	10,7	1107
	EST (Bafata e Gabu)	52,2	27,8	23,3	1,2	1,7	46,1	1451
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	79,1	52,8	22,4	3,9	0,6	20,2	2576
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	73,3	30,9	31,6	10,9	0,5	26,2	711
	Urbain	79,9	32,1	42	5,9	1,9	18,2	1705
Âge	Rural	70,5	41,8	24,6	4,1	0,9	28,6	4141
	0-11 mois	74,5	39,2	30,3	5	1,4	24,1	1220
	12-23 mois	74,6	38,8	31	4,9	0,8	24,6	1275
	24-35 mois	71,5	39,9	27,4	4,1	1,2	27,3	1216
	36-47 mois	73,3	39,9	28,9	4,6	1,2	25,5	1120
	48-59 mois	72	36,9	30,6	4,5	1,4	26,7	1014
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	70,6	39,5	27,4	3,7	0,9	28,5	1276
	Pauvre	68,2	38,4	25,9	3,8	0,8	31	1319
	Moyen	70	43,6	21	5,3	1	29	1271
	Riche	79	40,3	33,7	5	2,2	18,8	1151
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	82,4	30,2	46,5	5,7	1,1	16,5	828
	Balante	80,9	41	34,2	5,7	1,1	18	1528
	Fula/Mandinga	64,5	38	24,6	1,8	1,3	34,2	2308
Total	Brames	76,1	38,9	30,9	6,3	1,2	22,7	1252
	Autres langues	79,5	37,8	33,5	8,2	1,1	19,4	745
Total		73,2	39	29,6	4,6	1,2	25,6	5834

* indicateur MICS 38

** indicateur MICS 37; Indicateur OMD 22

Tableau CH. 12: Traitement des enfants à l'aide d'antipaludéens
 Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont été malades avec une fièvre dans les 2 dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludéen,
 Guinée-Bissau, 2006

		Enfant ayant eu la fièvre au cours des 2 dernières semaines et qui ont été traités avec :																
		A eu la fièvre au cours des 2 dernières semaines	Nombre d'enfants de 0-59 mois	Antipaludéen : SP/Fansidar	Antipaludéen : Chloroquine	Antipaludéen : Amodiaquine	Antipaludéen : Quinine	Antipaludéen : Artesunate	Antipaludéen : Autre antipaludéen	Tout antipaludéen approprié	Autre médicaments : Paracétamol/Acetaminophen	Autre médicaments : Aspirine	Autres médicaments : Ibuprofen	Autres médicaments : Autre	Ne sait pas	Tout traitement antipaludéen approprié dans les 24 heures sur la base des symptômes *	Nombre d'enfants avec la fièvre pendant les 2 dernières semaines	
Sexe	Masculin	14,4	2839	1,9	40	5,8	3,4	1,6	5,3	45,7	36,7	15,5	1,3	9,5	2,5	25,7	409	
	Féminin	12,6	3007	2,7	42,2	2,4	3,3	1,9	6,2	45,8	39,8	14,1	2	11	1,4	28,8	378	
Région	SAB Capital	14,7	1107	3,7	56,1	7	5,9	5,2	10,3	62,8	60,4	16,8	2,9	15,8	0,7	54	163	
	EST (Bafata e Gabu)	9,7	1451	0	41,5	0	2,5	1,2	7,2	46,6	33,1	16,1	2,5	9,7	3,4	24,7	141	
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	15,2	2576	2,9	35,3	5	2,7	0,9	3,6	39,3	30,3	13,8	0,9	5,8	2,2	17,3	393	
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	12,7	711	0,4	38,3	2,1	3,3	0	4,3	41,6	39,9	14,2	1,1	20,1	0,8	25,9	90	
	Urbain	15	1705	3,2	54,4	6,4	4,3	4,1	9,8	60,2	53,8	17	3	14	1	46,7	256	
Âge	Rural	12,8	4141	1,8	34,6	3,1	2,9	0,6	3,7	38,7	30,6	13,8	1	8,3	2,4	17,8	530	
	0-11 mois	13,5	1220	0,7	44,3	7,3	0,7	2	7,6	49,9	39,9	14,3	0,7	16,5	3,6	29,5	164	
	12-23 mois	16,5	1275	0,2	45,3	5,5	3,2	1,7	6,1	47,2	39,1	13,6	2,7	9,5	0,9	29,4	211	
	24-35 mois	14,7	1216	3,9	31,8	2,9	1,6	0,7	5,4	37,7	36,3	13,8	0,7	9,8	2,7	21,6	179	
	36-47 mois	12,3	1120	4,7	42,3	1	7,6	2,3	4,6	48,9	39,2	17,4	2,8	4	0,3	27,6	138	
Niveau d'instruction de la mère	48-59 mois	9,4	1014	2,9	41,7	2,9	5,7	2,5	3,7	45,8	34,9	17,1	1	10,5	2,5	28,4	95	
	Sans niveau	12,9	4136	1,7	34,9	3,9	2,2	1,4	3,8	39,4	32	15,1	0,9	7	2,6	19,9	532	
	Primaire	14,4	1113	2,7	52,2	4,5	5,8	1,8	6,7	54,4	43,8	17,2	2,2	11,5	0,2	37	161	
	Secondaire & +	16,2	497	2,4	63,1	6,1	6,8	4	14,1	70,4	65	10	3,9	28,5	1,5	57,1	80	
	Programme non formel	12,5	85	23,3	22,6	0	0	0	22,8	57,4	51,7	11,3	11,3	11,3	0	23,3	11*	
	Manquant/NSP	16,5	14	0	0	0	0	0	0	0	53,8	0	0	0	0	0	0	2*
	Le plus pauvre	13,2	1276	1,6	26	0,4	0	0	2,8	27,7	28,1	11,2	0,6	8	2,7	8,3	169	
Quintiles de l'indice de richesse	Pauvre	13,5	1319	1,3	32,9	6,5	3,8	0	3	40,4	32,9	15,7	0	10,1	1,9	20,9	178	
	Moyen	12,8	1271	0,8	40,6	1,5	3	0,5	5,5	44	32,3	15,1	2,1	9,1	1,2	22,1	163	
	Riche	13,5	1151	4,1	53,8	6,2	5,4	4,4	6,7	57,1	44,4	13,9	4,5	9,5	2,6	39,1	156	
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	14,6	828	4,3	58,4	7,1	5,3	5,1	12,6	66,4	59,6	19,7	1,2	15,8	1	54,4	121	
	Balante	13,6	1528	2,4	39,6	2,5	1,4	1,6	2,8	41	33,3	14,2	0,6	10,4	1,3	22,4	208	
	Fula/Mandinga	11,4	2308	1,9	41,1	4,2	3,2	1,8	6,7	47,1	38	15,3	0,7	7,8	2,1	26,1	264	
	Brames	17	1252	2,7	42,7	5,9	6,7	2,1	7,2	48,1	44	14,2	4,2	12,1	2,4	31,4	212	
	Autres langues	13,7	745	2,1	40,4	3,9	0,9	1,2	6,1	46,7	36,2	16,5	0,9	11,9	1,9	30,9	102	
Total		13,5	5834	2,3	41,1	4,2	3,4	1,8	5,7	45,7	38,1	14,9	1,6	10,2	1,9	27,2	787	

* Indicateur MICS 39; Indicateur MDG 22

Tableau CH. 13: Traitement préventif intermittent du paludisme

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête et qui ont par intermittence, un traitement préventif (TPI) du paludisme pendant la grossesse, Guinée-Bissau, 2006

		Un médicament contre le paludisme durant leur grossesse	SP/Fansidar une fois seulement	SP/Fansidar 2 fois ou plus *	SP/Fansidar nombre de fois inconnu*	Chloroquine	Autres médicaments	Ne sait pas	Nombre de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance au cours de deux années précédant l'enquête
Région	SAB Capital	72,6	9,3	10,6	0	50,5	25,2	5,7	498
	EST (Bafata e Gabu)	55	0,2	0	0	45,7	24,7	1	612
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	59,2	1,2	10,8	0,6	51,3	20,1	4	1124
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	54,4	1,6	4,1	0,3	42	30,9	4,2	271
	Urbain	70,9	6,8	8,9	0,2	53,5	25,5	5	722
	Rural	56	0,9	6,8	0,4	46,9	22,6	3	1784
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	57,4	1,2	5,8	0,3	48,1	23,6	3	1711
	Primaire	64,8	4,2	12,8	0,1	51,3	20,1	5,6	518
	Secondaire & +	72,3	9,4	8,8	0	47,6	28,8	4,3	238
	Programme non formel	57,6	0	0	3,7	53,9	27	0	(36)
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	42,1	0	0	0	42,1	0	0	3*
	Le plus pauvre	54,2	1,1	3,9	0,2	44,7	26,2	3,7	543
	Pauvre	54,3	0,5	5,5	0	47	19,1	2,9	576
	Moyen	57,4	0,9	7,9	0,9	46,2	23,3	3,6	529
	Riche	69,8	4,6	11,9	0,4	58	24,3	3,4	481
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	70,2	7,7	8,9	0	49,5	24,9	4,7	377
	Balante	66,3	1,8	8,8	0,3	55,3	29,5	3,6	657
	Fula/Mandinga	55	1	2,2	0,2	46,6	23,7	1,8	1013
	Brames	60,8	4,6	14,3	0,4	47,7	14	5,4	529
Total	Autres langues	64,2	6,3	9,7	0,7	44,1	25,6	6,6	306
		60,3	2,6	7,4	0,3	48,8	23,4	3,6	2506

* Indicateur MICS 40

Tableau CH. 14: Source et coût d'approvisionnement en moustiquaires imprégnées
Distribution en pourcentage des ménages par la source d'approvisionnement de moustiquaire, Guinée-Bissau, 2006

		Source de la moustiquaire traitée			Total	Nombre de ménages avec au moins un moustiquaire	Pourcentage gratuit		Coût médian pour ceux qui ne l'obtiennent pas gratuitement	
		Public*	Privé	Autre			Public	Privé	Public**	Privé**
Région	SAB Capital	35,4	1,3	63,3	100	368	22,7	100	2000	.
	EST (Bafata e Gabu)	42	0,6	57,3	100	472	16,4	19,7	1000	6495,3
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	21,7	0,4	77,8	100	1152	8,1	32,2	1000	4629
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	30,7	0,5	68,8	100	319	13,9	0	3000	3302,1
Milieu	Urbain	40,9	0,8	58,3	100	679	16,7	100	1474,8	.
	Rural	24,4	0,5	75	100	1632	12,4	18	1000	4944,6
	Sans niveau	27,1	0,5	72,4	100	1195	14,3	26,4	1000	5000
Niveau d'instruction du chef de ménage	Primaire	29,8	1	69,2	100	606	15	50,2	1000	3745,6
	Secondaire & +	36,4	0,6	63	100	373	15,2	100	1500	.
	Programme non forme	20,6	0	79,4	100	90	3	.	1000	.
	Manquant/NSP	38,6	0	61,4	100	48	8,5	.	2175,1	.
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	21,5	0,6	77,9	100	530	14,7	0	1000	4431
	Pauvre	26,5	0,6	72,8	100	485	13,3	0	1000	4389,8
	Moyen	29	0,4	70,6	100	491	12,6	31,1	1000	7500
	Riche	31,9	0,6	67,5	100	457	13,4	100	1000	.
	Le plus riche	41,9	1	57,1	100	348	16,9	100	1500	.
Langue maternelle	Balante	22,9	0,7	76,4	100	612	12,3	25,8	1000	4629
	Fula/Mandinga	33	0,4	66,7	100	795	15,6	19,7	1000	6495,3
	Brames	28,3	0,5	71,2	100	575	15,5	100	1052,4	.
	Autres langues	34	1,2	64,8	100	329	11,2	57,9	2000	3302,1
Total		29,3	0,6	70,1	100	2311	14,2	48	1000	4944,6

* Indicateur MICS 96

** Indicateur MICS 97

Tableau CH. 15: Source et coût d'approvisionnement en antipaludéens

Distribution en pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu une fièvre et reçu un antipaludéen par source, pourcentage d'enfants ayant obtenu gratuitement l'antipaludéen et coût médian de ceux achetés, Guinée-Bissau, 2006

		Source des anti-paludéens			Total	Nombre d'enfants ayant eu une fièvre au cours des 2 dernières semaines et qui ont traités avec des anti-paludéens	Pourcentage gratuit		Coût médian pour ceux qui l'ont acheté	
		Public*	Privé	Autre			Public	Privé	Public**	Privé**
Sexe	Masculin	55	14,8	30,2	100	187	3,3	0	1270	2000
	Féminin	54,7	17,6	27,7	100	173	7,1	8,4	1983,6	2852,7
	SAB Capital	44,9	39,2	15,9	100	102	7,8	6,4	2700	2000
Région	EST (Bafata e Gabu)	48,9	3,3	47,7	100	66	4,7	0	1000	1000
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	60,6	7,8	31,6	100	154	3,8	0	2000	3300
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	68,5	9,9	21,6	100	38	5,9	0	907,6	595
Milieu	Urbain	48,1	30,6	21,3	100	154	6,2	5,4	2000	2000
	Rural	59,9	5,3	34,8	100	206	4,5	0	1330,9	2415
	Sans niveau	57	8,2	34,9	100	210	4,3	7	1385,8	2093,2
Niveau d'instruction de la mère	Primaire	59,1	21,5	19,4	100	87	7,4	0	2000	2000
	Secondaire & +	41,6	36,3	22	100	57	4,9	6,5	2000	2000
	Programme non formel	44,3	23,7	32	100	6	0	0	1000	5899,9
	Le plus pauvre	57,6	2,8	39,6	100	47	0	0	1127,9	5000
	Pauvre	63,1	5,8	31,1	100	72	6	0	1500	3300
Quintiles de l'indice de richesse	Moyen	59,4	8,6	32	100	72	8,1	0	1000	750
	Riche	43,4	23,4	33,3	100	89	7,4	5,8	2000	2500
	Le plus riche	54,6	31,8	13,7	100	81	2,6	5,2	2000	2000
	Balante	61,5	13,5	25	100	85	1,2	0	2000	2832,6
Langue maternelle du chef de ménage	Fula/Mandinga	53,3	10,9	35,8	100	125	5,1	8,9	1300	2017,6
	Brames	52	19,9	28	100	102	4,5	6,6	2000	2000
	Autres langues	53	26,2	20,8	100	48	14,7	0	1291,2	2219,9
Total		54,8	16,1	29	100	360	5,1	4,4	1500	2000

* Indicateur MICS 96

** Indicateur MICS 97

Tableau CH. 16: Source et coût d'approvisionnement en antibiotiques

Distribution en pourcentage des enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie a été suspecté durant les 2 dernières semaines précédant l'enquête par source d'antibiotiques pour traiter la pneumonie,

Pourcentage avec cas de maladie respiratoire, pourcentage de ceux obtenant gratuitement et coût médian des antibiotiques achetés, par type et source des antibiotiques, Guinée-Bissau, 2006

		Antibiotique			Total	Nombre d'enfants ayant eu une maladie respiratoire durant les 2 semaines et qui ont reçu des antibiotiques	Pourcentage gratuit		Coût médian pour ceux qui l'ont acheté	
		Public*	Privé	Autre			Public	Privé	Public**	Privé**
Sexe	Masculin	51,4	30,2	18,4	100	52	14,5	0	1128,6	3076,4
	Féminin	58,1	35,7	6,2	100	55	10,9	0	3000	3060,3
Région	SAB Capital	50	41,5	8,5	100	44	24	0	4311,9	4000
	EST (Bafata e Gabu)	62,2	26,5	11,2	100	6	0	0	1111,9	1000
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	54,3	28,6	17,1	100	45	8,5	0	1507,3	3000
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	71,1	21,9	7	100	12	0	0	1000	3235,9
	Urbain	53,5	36,9	9,6	100	56	17,6	0	3454,8	3974
Niveau d'instruction de la mère	Rural	56,4	28,7	14,9	100	51	7,2	0	1000	2887,4
	Sans niveau	57,5	26,3	16,2	100	57	11,9	0	1250	2802,9
	Primaire	55,7	32,7	11,6	100	22	0	0	3000	3030,4
Quintiles de l'indice de richesse	Secondaire & +	49	46,7	4,3	100	29	25	0	3006	5000
	Le plus pauvre	58,6	16,5	24,9	100	13	16,5	0	1341,8	819,2
	Pauvre	48,7	30,8	20,5	100	15	10,7	0	2738,4	3000
	Moyen	58,8	28,9	12,2	100	18	0	0	1000	2777,7
Langue maternelle du chef de ménage	Riche	55,9	36,2	8	100	25	0	0	2000	4178,7
	Le plus riche	53,4	39,9	6,7	100	36	27,5	0	4431,4	3984,1
	Balante	37,5	44,3	18,1	100	18	11,3	0	5073,1	3655,4
Langue maternelle du chef de ménage	Fula/Mandinga	46,7	27,7	25,6	100	28	22,5	0	1477,5	3179,3
	Bramas	59	38	3	100	39	5,2	0	1751,8	3000
Total	Autres langues	72,6	21,3	6,1	100	21	15,7	0	1302,5	2732,9
		54,9	33	12,1	100	107	12,6	0	1781,7	3000

* Indicateur MICS 96

** Indicateur MICS 97

Tableau CH. 17: Source et coût d'approvisionnement en sels RVO

Distribution en pourcentage des enfants de 0-59 mois ayant eu une diarrhée par source de SRO; de ceux ayant obtenu gratuitement le SRO et coût médian du SRO, Guinée-Bissau, 2006

	Source du sel de réhydratation orale	Source du sel de réhydratation orale			Total	Nombre d'enfants ayant eu une diarrhée au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu du sel de réhydratation orale	Pourcentage gratuit		Coût médian pour ceux qui l'ont achetée	
		Public*	Privé	Autre			Public	Privé	Public**	Privé**
Sexe	Masculin	81,6	12,6	5,8	100	46	16,3	0	1000	2986,6
	Féminin	73,8	11,3	14,9	100	55	21,2	0	1000	500
Région	SAB Capital	66	28,5	5,5	100	22	20,8	0	1261	500
	EST (Bafata e Gabu)	81,1	0	18,9	100	15	28,7	.	500	.
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	80,7	8,9	10,4	100	57	16,7	0	1000	1634,1
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	77,9	10,3	11,8	100	8	10,5	0	1000	.
Milieu	Urbain	67,4	19,4	13,2	100	40	16,8	0	1000	500
	Rural	83,8	7,1	9,2	100	62	19,9	0	1000	2328,1
	Sans niveau	78,7	8,2	13,1	100	59	20,1	0	1000	2471,5
Niveau d'instruction de la mère	Primaire	79,4	13,4	7,2	100	28	19,4	0	2500	2731,3
	Secondaire & +	62,1	28,3	9,6	100	13	0	0	1000	350
	Programme non formel	100	0	0	100	2	48,7	.	100	.
	Le plus pauvre	77,1	10	12,9	100	18	26,7	0	696,3	3004,5
Quintiles de l'indice de richesse	Pauvre	92	5	3	100	25	25,4	0	1000	500
	Moyen	84,1	1,1	14,8	100	17	12,6	0	717,7	2350
	Riche	74,7	12	13,3	100	19	12,7	0	2074,7	.
	Le plus riche	59,6	28	12,4	100	24	12,7	0	1000	459,7
	Balante	72,1	6,5	21,4	100	26	20,9	0	1460,7	1626,4
Langue maternelle du chef de ménage	Fula/Mandinga	82,6	7,1	10,2	100	35	20,9	0	1000	.
	Brames	80,8	13,8	5,5	100	32	17,1	0	775,1	479,8
	Autres langues	61,1	38,9	0	100	9	8,6	0	1000	2777,9
Total		77,4	11,9	10,7	100	102	18,8	0	1000	2376,1

* Indicateur MICS 96

** Indicateur MICS 97

Tableau EN. 1: Utilisation de sources d'eau améliorées

Répartition en pourcentage de la population des ménages selon la source d'approvisionnement en eau de boisson et pourcentage de la population des ménages utilisant une source d'approvisionnement améliorée en eau de boisson, Guinée-Bissau, 2006

		Source principale de l'eau à boire											Total	Source d'approvisionnement en eau de boisson améliorée *	Nombre de membres des ménages	
		Source améliorée						Source non améliorée								
		Eau de robinet dans le logement	Dans la cour/parcelle	Robinet public/born e fontaine	Puits a pompe/forage	Puits protégé	Source protégé	Eau en bouteille	Puits non protégé	Source non protégé	Eau de surface	Autre				Manquant
Région	SAB Capital	11,8	30	17,8	2,4	29,6	0,5	0,1	6,9	0,8	0	0	0,1	100	92,1	10039
	EST (Bafata e Gabu)	0	0	9	40,5	12,8	0,4	0	34	1,3	1,9	0	0	100	62,8	10093
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	0	1,7	5,4	11	20,3	1,8	0	57,6	1,5	0,7	0	0	100	40,3	16696
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	0,2	0	3,1	21,6	28,7	0,6	0	40	4,1	1,6	0	0,1	100	54,2	4483
Milieu	Urbain	8,2	21,4	16,1	6,8	28,5	1,2	0	16,6	0,8	0,2	0	0,1	100	82,3	14653
	Rural	0	0,6	5,1	23	17,9	0,9	0	49,1	1,9	1,3	0	0	100	47,6	26660
	Sans niveau	0,8	4,2	8,4	20,8	19,5	0,7	0	42,9	1,6	1,2	0	0	100	54,4	21463
Niveau d'instruction du chef de ménage	Primaire	2,2	7,8	7,7	14,1	25,2	1,8	0	37,6	2,3	1,1	0	0	100	59	10512
	Secondaire & +	11	18	12,9	9,9	25	0,8	0,1	21,3	0,6	0,2	0	0,2	100	77,7	6833
	Programme non formel	0,2	5,9	4,9	28,1	13,2	0,2	0	46,4	1,2	0	0	0	100	52,5	1511
	Manquant/NSP	2,6	26,4	17	8,8	20,2	2,8	0	22,3	0	0	0	0	100	77,7	991
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	0	0	2,3	13,6	13,8	0,9	0	64,8	3,2	1,4	0	0	100	30,5	8261
	Pauvre	0	0,6	4,5	22,7	18	1	0	48,5	2,8	1,8	0	0	100	46,9	8259
	Moyen	0,1	1,4	9,1	27,5	20,4	0,6	0	39,5	0,6	0,8	0	0	100	59,1	8269
	Riche	0,3	6,6	14,2	18,4	30,8	1,2	0	26,8	0,9	0,5	0	0,2	100	71,5	8258
	Le plus riche	14,1	31,4	15,1	4,1	25,2	1,4	0,1	8,4	0,2	0	0	0,1	100	91,4	8264
	Balante	1,6	4,2	3,8	7,5	20,6	1,4	0	58,3	1,7	0,8	0	0,1	100	39,2	10367
Langue maternelle du chef de ménage	Fula/Mandinga	1,4	6	9,6	28	17,6	0,6	0	34,5	1,1	1,1	0	0,1	100	63,2	15749
	Bramas	3,4	12,1	12,7	12,8	28,5	1,8	0	27,3	0,8	0,6	0	0	100	71,3	9321
	Autres langues	8,3	13,6	11	12,8	23,3	0,3	0,1	25,8	3,7	1,2	0	0	100	69,3	5875
Total		2,9	8	9	17,3	21,6	1	0	37,6	1,6	0,9	0	0,1	100	59,9	41312

* Indicateur MICS 11; Indicateur MDG 30

Tableau EN. 2: Traitement de l'eau dans les ménages

Répartition de la population des ménages selon la méthode de traitement de l'eau de boisson utilisée dans le ménage et pourcentage de la population des ménages utilisant une méthode appropriée de traitement de l'eau, Guinée-Bissau, 2006

		Méthode de traitement de l'eau utilisée dans le ménage									Toutes sources d'eau à boire : méthode appropriée de traitement de l'eau *	Nombre de ménages	Source améliorée d'eau à boire : Méthode appropriée de traitement de l'eau	Nombre de ménages	Source non améliorée d'eau à boire : Méthode appropriée de traitement de l'eau	Nombre des membres du ménage
		Aucune	La faire bouillir	Y ajouter l'eau de javel/chlore	La filtrer avec un linge/coton/éponge	Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.)	Désinfection solaire	Laisser reposer/décantier	Autre	Ne sait pas						
Région	SAB Capital	31,8	1,7	8,3	64,4	0,6	0	0,5	1,4	0	9,9	10039	10,1	9241	7,8	798
	EST (Bafata e Gabu)	38,2	1,1	1,3	61,1	0	0	4,7	0,5	0,1	2,4	10093	2,6	6340	2	3754
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	16,3	0,6	2,3	79,5	0,1	0,1	6,3	0,4	0,2	2,7	16696	3,7	6723	2,1	9974
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	21,3	1,2	2,1	75,9	0,1	0	15,8	0,1	0	3,2	4483	3,3	2429	3,2	2054
Milieu	Urbain	28,2	1,7	7,7	68,2	0,6	0	2,3	1	0	9,1	14653	9,7	12050	6,5	2603
	Rural	24,7	0,7	1,1	72,5	0	0	7,3	0,4	0,2	1,9	26660	2,1	12683	1,7	13976
	Sans niveau	26,8	0,7	1,9	70,6	0,1	0	6	0,4	0,1	2,6	21463	3,6	11666	1,4	9797
Niveau d'instruction du chef de ménage	Primaire	22,9	1,2	3,7	74,9	0,2	0	5,1	1,3	0,3	4,8	10512	6	6197	3,1	4315
	Secondaire & +	27,5	2	7,6	67,7	0,8	0	3,3	0,7	0	9,4	6833	11,2	5306	3,3	1527
	Programme non formel	23	0,9	5,8	66,9	0	0	15,9	0	0	6,1	1511	2,6	793	9,9	718
	Manquant/NSP	33,3	0,6	3,4	65,1	0	0	0,4	0	0	4	991	3,6	771	5,3	221
	Le plus pauvre	22,5	0,1	0,6	74,5	0	0	11,2	0,2	0	0,7	8261	0,7	2522	0,6	5739
Quintiles de l'indice de richesse	Pauvre	25,3	1,1	0,8	71,3	0	0,1	6,9	0,5	0,5	2,1	8259	1,9	3871	2,3	4388
	Moyen	25	0,8	1,4	72,7	0	0	5,1	0,8	0	2,1	8269	2,2	4887	2	3382
	Riche	23,9	1,2	4,2	73,8	0,1	0	3,5	0,4	0	5,2	8258	5,1	5909	5,6	2350
	Le plus riche	32,9	2,1	10,3	62,5	0,9	0	0,9	1,4	0	12,1	8264	12,4	7544	9,7	720
	Balante	15,6	0,6	1,7	82,8	0,1	0	6,7	0,3	0,1	2,4	10367	4,1	4060	1,3	6307
Langue maternelle du chef de ménage	Fula/Mandinga	29	1,4	3,2	67,3	0,2	0	6,7	0,8	0,1	4,4	15749	5	9957	3,4	5792
	Bramas	31,8	0,5	4,3	65	0,2	0,1	3,4	0,5	0	4,9	9321	6	6649	2,3	2672
	Autres langues	26,6	1,9	6	69,4	0,6	0	3,6	1	0,3	7,4	5875	9	4066	3,9	1809
Total		25,9	1,1	3,5	71	0,2	0	5,5	0,6	0,1	4,5	41312	5,8	24733	2,5	16579

* Indicateur MICS 13

Tableau EN. 3: Temps d'accès au point d'eau

Répartition en pourcentage des ménages selon le temps mis pour aller à la source chercher de l'eau et revenir, et temps moyen pour aller à la source chercher de l'eau et revenir, Guinée-Bissau, 2006

		Temps pour aller à la source d'eau et revenir							Total	Durée moyenne pour aller à la source et revenir (exclus ménages disposant de l'eau sur place)	Nombre de ménages
		Eau à domicile	Moins de 15 minutes	15 minutes à moins de 30 minutes	30 minutes à moins d'une (1) heure	1 heure ou plus	Ne sait pas	Manquant			
Région	SAB Capital	52,3	27,2	11,7	5,2	1,9	0,8	0,9	100	16,7	1375
	EST (Bafata e Gabu)	7,1	35,6	26,5	22,4	7,4	0,9	0,2	100	23,8	1170
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	17	38,3	21,2	13,5	4,6	5,4	0,1	100	19,1	2048
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	5,6	33,2	22,1	13,6	11,9	13	0,5	100	27,5	712
	Urbain	41,4	29,6	15,4	8,2	2,8	1,8	0,7	100	18	1969
	Rural	11,2	36,8	22,7	16,3	7,1	5,6	0,2	100	22,5	3336
Niveau d'instruction du chef de ménage	Sans niveau	15,2	35,9	22,6	14,6	6,1	5,5	0,2	100	21,5	2696
	Primaire	23,4	34,5	19,7	13,3	5,7	3,1	0,4	100	21,4	1370
	Secondaire & +	39,9	29,8	12,7	10,5	4,3	2,2	0,7	100	20	958
	Programme non forme	18,5	36,1	24,1	14,3	3,5	3,6	0	100	21,6	148
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	37	25,7	19,8	7,4	3,8	4,8	1,5	100	19,3	132
	Le plus pauvre	10,1	33,7	24,2	16,8	6,9	8	0,2	100	23,2	1185
	Pauvre	11,5	36,8	24,8	15	6,5	5,1	0,3	100	22,1	1032
	Moyen	10,8	38,8	20,7	17,3	7,8	4,5	0,1	100	22,6	951
	Riche	21,6	36,5	20,7	13,5	4,8	2,4	0,5	100	19,5	1078
Langue maternelle	Le plus riche	58,1	25,4	9,2	4,1	1,7	0,7	0,8	100	16,1	1060
	Balante	19,5	33,6	20,3	11,3	6,1	8,8	0,4	100	22,2	1414
	Fula/Mandinga	19,2	35,4	21,4	16,3	5,1	2,3	0,4	100	21,4	1806
	Bramas	25,7	33,6	20,7	13,1	5,5	1	0,3	100	20,4	1246
	Autres langues	29,3	33,3	15,4	10,8	5,5	5,5	0,3	100	20,6	839
Total		22,4	34,2	20	13,3	5,5	4,2	0,4	100	21,3	5305

Tableau EN. 4: Personne chargée de la collecte de l'eau
Répartition en pourcentage des ménages selon la personne qui est chargée de collecter l'eau utilisée dans le ménage,
Guinée-Bissau, 2006

		Personne qui se rend habituellement à la source pour chercher l'eau à boire						Total	Nombre de ménages
		Une femme adulte	Un homme adulte	Une jeune fille de moins de 15 ans	Un jeune garçon de moins de 15 ans	NSP	Manquant		
Région	SAB Capital	93	1,6	4	0,2	0	1,3	100	656
	EST (Bafata e Gabu)	96,7	1,3	1,2	0,2	0,2	0,3	100	1088
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	96,5	1,3	1,6	0,4	0	0,2	100	1701
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	78,9	1,3	18,8	0,2	0	0,8	100	672
Milieu	Urbain	91,6	1,9	5,2	0,3	0,1	0,9	100	1152
	Rural	93,7	1,1	4,5	0,3	0,1	0,4	100	2963
	Sans niveau	94,7	1,1	3,4	0,3	0,1	0,3	100	2287
Niveau d'instruction du chef de ménage	Primaire	91,8	1,4	6,1	0,2	0	0,5	100	1050
	Secondaire & +	89,5	2,2	6,9	0,5	0	0,9	100	575
	Programme non forme	90,4	0,2	7,4	0	0	2	100	121
	Manquant/NSP	94,1	1,5	2,1	0	0	2,3	100	83
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	92,7	0,8	6,2	0	0	0,3	100	1065
	Pauvre	93,2	1,4	4	0,6	0,2	0,6	100	913
	Moyen	93,7	1,4	4,1	0,2	0,1	0,4	100	849
	Riche	93,5	1,3	4,2	0,4	0	0,6	100	844
	Le plus riche	92,1	2,3	4,4	0,2	0	1,1	100	444
Langue maternelle	Balante	92	0,7	6,9	0	0	0,5	100	1138
	Fula/Mandinga	95	1,5	2,4	0,2	0,2	0,6	100	1459
	Brames	93,9	1,7	3,4	0,5	0	0,5	100	926
	Autres langues	89,5	1,4	8,1	0,5	0	0,5	100	593
Total		93,1	1,3	4,7	0,3	0,1	0,5	100	4115

Tableau EN. 5: Utilisation de sanitaires pour l'élimination des excréments

Répartition en pourcentage de la population des ménages selon le type de toilettes utilisées par le ménage et pourcentage des membres du ménage utilisant un dispositif sain d'évacuation des excréments humains, Guinée-Bissau, 2006

		Type de toilettes utilisées par le ménage										Total	Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires d'évacuation des excréments humains *	Nombre de membres du ménage
		Installations sanitaires améliorées					Installations sanitaires non améliorées							
		Chasse branchée à l'égout	Chasse branchée à fosse septique	Chasse branchée à latrines	Chasse branchée à autre chose	Latrines améliorées auto aérées (LAA)	Toilettes à compostage	Toilette suspendues/latrines suspendues	Pas de toilettes ou brousse ou champ	Autres	Manquant			
Region	SAB Capital	17,9	8,7	10,5	61,8	0	0	0	0,7	0,1	0,4	100	98,9	10039
	EST (Bafata e Gabu)	1,3	0,8	1,4	73	0	0	0	22	0,5	1,1	100	76,5	10093
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	0,4	0,6	1,6	43,6	0	0	0	52,8	0,8	0,1	100	46,4	16696
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	0,3	0,6	3,4	55	0,8	0	0,1	39,2	0,2	0,4	100	60,2	4483
Milieu	Urbain	13	6,8	9	68	0,1	0	0	2,5	0,4	0,3	100	96,8	14653
	Rural	0,4	0,3	1,1	50,1	0,1	0	0	46,8	0,5	0,5	100	52,1	26660
Niveau d'instruction du chef de ménage	Sans niveau	1,6	0,9	2,3	54,1	0,1	0	0	40	0,5	0,4	100	59	21463
	Primaire	3,5	2,2	4,9	59	0,1	0	0	29,2	0,8	0,4	100	69,7	10512
	Secondaire & +	17,7	8,1	6,4	54,1	0	0	0	12,8	0,1	0,6	100	86,4	6833
	Programme non formel	0	0,6	4,2	81,2	0	0	0	14,1	0	0	100	85,9	1511
	Manquant/NSP	10,1	9,2	10,2	59,3	0,6	0	0	10,7	0	0	100	89,3	991
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	0	0	0,1	17,9	0,2	0	0	81,7	0	0,1	100	18,2	8261
	Pauvre	0	0,3	0,7	49,6	0,1	0,1	0	47,6	1,4	0,2	100	50,8	8259
	Moyen	0,6	0	1	75,4	0,1	0	0	21,8	0,4	0,7	100	77,1	8269
	Riche	1,1	1	3,8	89,1	0,1	0	0	3,8	0,4	0,8	100	95	8258
	Le plus riche	22,7	11,7	14	50,3	0	0	0	0,7	0,2	0,3	100	98,8	8264
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	2,5	1,5	2,4	32,6	0,1	0	0	59,7	1	0,2	100	39,2	10367
	Fula/Mandinga	2,9	1,9	3,5	74,2	0	0	0	16,3	0,4	0,8	100	82,4	15749
	Brames	5,7	3,1	3,9	55,8	0	0,1	0	31	0,2	0,2	100	68,6	9321
	Autres langues	13	5,8	7,7	52,2	0,3	0	0	20,5	0,3	0,1	100	79,1	5875
Total		4,9	2,6	3,9	56,5	0,1	0	0	31,1	0,5	0,4	100	68	41312

* Indicateur MICS 12; Indicateur MDG 31

Tableau EN.5w: Utilisation de sanitaires pour l'élimination des excréments
Répartition en pourcentage de la population des ménages utilisant des installations d'assainissement améliorées selon le nombre de ménages,
Guinée-Bissau, 2006

		Nombre de membres du ménage utilisant un dispositif pour évacuer les excréments humains											Total	Nombre de membres du ménage utilisant des toilettes
		1	2	3	4	5	6	7	9	Dix ménages ou plus	NSP	Manquant		
Type de toilettes utilisées	Decharge ou fosse septique	89,8	1,7	1,6	1,0	1,0	1,1	1,2	0,0	1,3	0,3	0,9	100	2014
	Latrines avec decharge d'eau	85,0	1,9	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	12,3	0,0	0,0	100	1082
	Latrines ameliores	46,9	4,7	9,0	3,2	2,2	3,5	0,2	1,1	28,3	1,0	0,0	100	1615
	SAB Capital	72,5	1,9	3,5	2,0	1,1	2,1	0,8	0,5	14,7	0,4	0,4	100	3722
Region	EST (Bafata e Gabu)	82,5	8,4	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	349
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	85,0	5,9	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,8	0,0	0,0	100	445
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	61,5	1,6	6,1	0,9	6,5	0,0	0,0	0,0	18,3	3,6	1,6	100	195
Milieu	Urbain	73,5	2,3	4,1	1,8	1,0	1,9	0,7	0,4	13,4	0,4	0,4	100	4206
	Rural	77,7	6,3	1,6	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	10,5	1,4	0,0	100	505
	Sans niveau	62,2	3,7	3,7	1,7	1,9	5,8	1,4	0,0	18,3	0,0	1,4	100	1031
Niveau d'instruction du chef de ménage	Primaire	69,4	3,2	5,3	3,8	1,1	0,7	1,0	0,8	13,8	0,9	0,0	100	1112
	Secondaire & +	81,9	2,2	2,0	0,5	0,7	0,5	0,2	0,4	10,8	0,6	0,2	100	2204
	Programme non formel	27,2	0,0	39,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,4	0,0	0,0	100	72
	Manquant/NSP	85,1	2,1	4,4	1,6	2,5	0,0	0,0	0,0	4,4	0,0	0,0	100	292
	Le plus pauvre	72,6	0,0	0,0	0,0	27,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	7*
Quintiles de l'indice de richesse	Pauvre	49,8	5,0	7,2	0,0	12,8	0,0	0,0	0,0	25,2	0,0	0,0	100	83
	Moyen	75,2	10,1	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,2	0,0	0,0	100	129
	Riche	66,1	0,6	5,4	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	22,0	3,4	0,0	100	485
	Le plus riche	75,4	2,7	3,7	1,9	1,0	1,7	0,7	0,4	11,8	0,2	0,5	100	4007
	Balante	72,4	7,5	2,4	1,7	0,0	3,4	0,5	0,0	9,5	2,5	0,0	100	673
Langue maternelle du chef de ménage	Fula/Mandinga	72,5	4,9	5,6	2,7	0,6	0,6	0,3	0,0	12,8	0,0	0,0	100	1298
	Brames	78,4	0,3	3,3	1,3	1,7	2,4	1,8	0,7	10,0	0,0	0,0	100	1185
	Autres langues	72,5	0,7	3,4	1,0	1,7	1,2	0,0	0,6	17,3	0,4	1,2	100	1555
Total		74,0	2,7	3,8	1,6	1,2	1,7	0,6	0,4	13,1	0,5	0,4	100	4711

Tableau EN. 6: Élimination des excréments infantiles

Répartition en pourcentage d'enfants âgés de 0-2 ans selon le lieu d'évacuation de leurs excréments, et pourcentage d'enfants âgés de 0-2 ans dont les excréments sont évacués de façon saine, Guinée-Bissau, 2006

		Q'avez-vous fait pour vous débarrasser des excréments									Total	Proportion d'enfants dont les excréments sont évacués sainement *	Nombre d'enfants âgés de 0-2 ans
		L'enfant a utilisé les toilettes/latrines	Jete dans les toilettes/latrines	Jete dans les égouts ou le fosse	Jete avec les ordures menageres	Enterré	Laisse a l'air libre	Autre	NSP	Manquant			
Région	SAB Capital	1,4	60,8	17,4	7,8	0	5,2	2	4,1	1,3	100	62,2	701
	EST (Bafata e Gabu)	2,8	30,3	2,8	23,6	1,2	23,8	11,7	1	2,8	100	33	957
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	4	21,9	3,3	20,4	0,7	38,4	8,4	0,4	2,3	100	25,9	1622
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	0,8	32,3	8,2	15,3	5,5	32,1	3,4	1	1,6	100	33	446
Milieu	Urbain	3	55,5	13,9	10,6	0,1	6,9	5,1	3	1,9	100	58,5	1074
	Rural	2,7	23,3	3,4	21,4	1,7	36,1	8,4	0,7	2,3	100	26,1	2651
	Sans niveau	2,6	25,9	4,1	21	1,5	33,4	8	1,2	2,3	100	28,5	2600
Niveau d'instruction de la mère	Primaire	3,2	46,2	9,3	13,6	1	16,4	6,6	1,8	2	100	49,3	751
	Secondaire & +	3,2	57,7	18,9	8	0,2	4,4	4,8	1,4	1,4	100	60,9	309
	Programme non formel	6,7	24,3	6,3	10,5	0	39,3	10,7	0	2,1	100	31	57
	Manquant/NSP	0	23,1	15,7	11,1	0	36,9	0	13,2	0	100	23,1	8*
	Le plus pauvre	1,6	10,9	2,8	23,2	2	50,4	6,7	0,6	1,8	100	12,5	799
Quintiles de l'indice de richesse	Pauvre	3,2	19,6	3,2	22,1	2	37,5	10,1	0,3	2	100	22,8	848
	Moyen	2,6	31,7	5,1	22,1	1,1	25,9	7,8	1,1	2,6	100	34,3	826
	Riche	3,8	52,7	7,7	13,1	0,5	10	7,2	2,6	2,2	100	56,5	733
	Le plus riche	2,9	60,3	17,5	5,5	0,1	4,2	4,2	2,8	2,4	100	63,2	519
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	2,2	18,8	5	17,3	1	41,9	11	1,5	1,5	100	20,9	953
	Fula/Mandinga	3,8	34,5	3,5	19	1,3	24,2	9,7	1,4	2,7	100	38,3	1518
	Brames	2,6	38,6	7,1	22,5	1,1	23,4	1,2	1,1	2,4	100	41,2	771
	Autres langues	1,4	44,2	17,4	11	2	17,9	3,2	1,4	1,5	100	45,6	472
Total		2,8	32,6	6,4	18,3	1,3	27,7	7,4	1,3	2,2	100	35,4	3714

Tableau EN. 7: Utilisation de sources d'eau et d'installations sanitaires améliorées

Pourcentage de la population des ménages utilisant à la fois des sources d'approvisionnement en eau améliorée et des moyens d'évacuation des excréments humains, Guinée-Bissau, 2006

		Utilisation de sources d'approvisionnement en eau améliorées *	Pourcentage de population utilisant des moyens d'évacuation des excréments améliorés **	Pourcentage de la population utilisant des sources d'approvisionnement en eau améliorées et utilisant des moyens améliorés d'évacuation des excréments humains	Nombre de membres du ménage
Région	SAB Capital	92,1	98,9	34,7	10039
	EST (Bafata e Gabu)	62,8	76,5	2,3	10093
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	40,3	46,4	1,7	16696
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	54,2	60,2	3,3	4483
Milieu	Urbain	82,3	96,8	26,5	14653
	Rural	47,6	52,1	1	26660
	Sans niveau	54,4	59	3,9	21463
Niveau d'instruction du chef de ménage	Primaire	59	69,7	8,7	10512
	Secondaire & +	77,7	86,4	30,3	6833
	Programme non formel	52,5	85,9	4,8	1511
	Manquant/NSP	77,7	89,3	26,2	991
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	30,5	18,2	0	8261
	Pauvre	46,9	50,8	0,5	8259
	Moyen	59,1	77,1	0,7	8269
	Riche	71,5	95	5,1	8258
	Le plus riche	91,4	98,8	43,8	8264
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	39,2	39,2	5,6	10367
	Fula/Mandinga	63,2	82,4	6,6	15749
	Bramas	71,3	68,6	11,5	9321
	Autres langues	69,3	79,1	24,6	5875
Total		59,9	68	10	41312

* Indicateur MICS 11; Indicateur MDG 30

** indicateur MICS 12; indicateur OMD 31

Tableau RH. 1: Utilisation de contraceptifs

Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans actuellement mariées ou en union utilisant (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive, Guinée-Bissau, 2006

	N'utilise aucune méthode	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pillule	DIU (Stérilet)	Injectifs	Implants	Préservatif	Préservatif féminin	Diaphragme	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée	Abstinence périodique	Retrait	Autre	Total	Toute méthode moderne	Toute méthode traditionnelle	Toute méthode *	Nombre de femmes actuellement mariées ou en union	
Région	SAB Capital	79,2	0,6	0	3,3	8,7	2	0,1	2,5	0	0	2,1	0,5	0	1	100	17,2	3,6	20,8	983
	EST	96,9	0,2	0,1	0,6	1,1	0,4	0	0,3	0	0	0,1	0	0	0,4	100	2,6	0,5	3,1	1384
	NORD	90,2	0,3	0	0,9	1,6	0,4	0,2	0,3	0,1	0	5,5	0,4	0,1	0,2	100	3,7	6,1	9,8	2198
	SUD	88,7	0,1	0,1	0,9	2,5	0,3	0,1	0,4	0	0,2	6,2	0,1	0	0,5	100	4,6	6,7	11,3	638
Milieu	Urbain	81	0,5	0	2,9	7,6	1,9	0,1	2	0,1	0	2,4	0,6	0	0,8	100	15,2	3,8	19	1488
	Rural	93,2	0,2	0	0,6	1	0,2	0,1	0,2	0	0	3,9	0,1	0	0,3	100	2,4	4,4	6,8	3715
Âge	15-19	92,8	0	0,3	1,2	1,8	0	0	1,5	0,4	0	1,5	0,1	0	0,5	100	5,1	2,1	7,2	379
	20-24	89,7	0,2	0	1,3	2,9	0,1	0,1	0,9	0	0	4,5	0,1	0	0,1	100	5,6	4,7	10,3	983
	25-29	86,7	0,2	0	1,2	4,1	0,6	0	1,1	0	0,1	5,1	0,4	0	0,5	100	7,3	6	13,3	1178
	30-34	89,4	0,2	0	1,6	2,1	1,1	0	0,3	0	0	4,2	0,5	0,2	0,5	100	5,3	5,3	10,6	886
	35-39	89,6	0,2	0	1,8	3,9	0,6	0,2	0,6	0	0	2,9	0,2	0	0	100	7,3	3,1	10,4	810
	40-44	91,2	1,1	0	0,7	2	1,4	0,2	0,5	0	0	1,8	0	0	1,1	100	5,9	2,9	8,8	543
	45-49	94,7	0,4	0	0,3	1,3	1,5	0,4	0	0	0	0,5	0,3	0	0,6	100	3,9	1,4	5,3	423
	0	95,4	0,1	0	1,8	0,4	0,4	0	1,1	0,4	0	0	0,3	0	0,1	100	4,2	0,4	4,6	436
Nombre d'enfants vivants	1	88,9	0,2	0,2	0,7	3,7	0,3	0,1	1	0	0	3,9	0,5	0	0,4	100	6,2	4,8	11,1	929
	2	88,5	0,1	0	1,5	3,6	0,8	0	0,9	0	0	3,5	0,4	0	0,7	100	6,9	4,6	11,5	953
	3	87,2	0,4	0	1,3	3,8	0,6	0,3	0,8	0	0	4,8	0,2	0,2	0,4	100	7,2	5,6	12,8	867
	4+	90,5	0,4	0	1,3	2,3	0,9	0,1	0,4	0	0	3,5	0,1	0	0,4	100	5,5	3,9	9,5	2017
	Sans niveau	93,8	0,2	0	0,6	1	0,4	0,1	0,2	0	0	3,2	0,1	0	0,3	100	2,6	3,6	6,2	3802
Niveau d'instruction de la femme	Primaire	82,8	0,6	0	1,6	6,3	1,3	0	1,7	0,2	0,1	4,6	0,3	0	0,5	100	11,8	5,4	17,2	899
	Secondaire & +	69,4	0,3	0	6,6	12,6	2	0,3	3,6	0,1	0	2,4	1,6	0	1,2	100	25,5	5,1	30,6	428
	Prog. non formel	82,1	0	0	1,1	1,7	0	0	0	0	0	14,6	0,5	0	0	100	2,8	15,1	17,9	70
	Manquant/NSP	76,1	0	0	0	23,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	23,9	0	23,9	5*
	Le plus pauvre	93,7	0,1	0	0,2	0,5	0,3	0	0,2	0	0	4,6	0,1	0,1	0,2	100	1,2	5	6,3	1144
Quintiles de l'indice de richesse	Pauvre	94,6	0,3	0	0,5	0,6	0,2	0,3	0,2	0	0	3,2	0,2	0	0	100	2,1	3,4	5,4	1103
	Moyen	93	0,3	0,1	0,5	1,5	0,4	0	0,2	0	0	3,1	0,2	0	0,7	100	3	4,1	7	1123
	Riche	86,3	0,1	0	2,4	3,9	1	0,1	1,2	0,2	0,1	4,1	0,4	0	0,2	100	9	4,7	13,7	1006
	Le plus riche	77,5	0,8	0	3,5	9,9	1,9	0,2	2,5	0	0	2,1	0,5	0	1,1	100	18,7	3,7	22,5	828
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	91,8	0,1	0	0,7	1,7	0,2	0,1	0,2	0	0	5,1	0	0	0,2	100	2,8	5,3	8,2	1386
	Fula/Mandinga	92,1	0,2	0,1	1,3	2,4	0,6	0	0,5	0	0	2,1	0,2	0,1	0,4	100	5,3	2,7	7,9	2173
	Brames	83	0,7	0	1,6	5,4	1,6	0,4	1,8	0,2	0	4,2	0,9	0	0,3	100	11,6	5,4	17	969
	Autres langues	87,5	0,4	0,1	1,8	3,3	0,5	0,1	1,2	0	0,1	3,8	0,1	0	1,1	100	7,4	5,1	12,5	676
Total		89,7	0,3	0	1,3	2,9	0,7	0,1	0,7	0	0	3,5	0,3	0	0,4	100	6,1	4,2	10,3	5203

* Indicateur MICS 21; Indicateur OMD 19C

Tableau RH. 2: Demande non couverte en matière de contraception

Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans actuellement mariées ou en union qui ont des besoins non satisfaits de planification familiale et pourcentage de demande de contraception satisfaite, Guinée-Bissau, 2006

		Utilisation actuelle de la contraception*	Besoin de contraception non satisfait - Pour espacement**	Besoin de contraception non satisfait - Pour limiter ***	Besoin de contraception non satisfait - Total ****	Nombre de femmes actuellement mariées ou en union	Pourcentage de demande de contraception satisfaite *****	Nombre de femmes actuellement mariées ou en union ayant des besoins en contraception
Région	SAB Capital	20,8	16,2	6	22,2	983	48,3	422
	EST (Bafata e Gabu)	3,1	29,5	3,1	32,6	1384	8,7	494
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	9,8	19,4	2,3	21,7	2198	31,1	691
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	11,3	18,9	5,8	24,7	638	31,3	230
Milieu	Urbain	19	17,7	5,1	22,8	1488	45,4	623
	Rural	6,8	22,9	3	25,9	3715	20,7	1215
Âge	15-19	7,2	31	1,3	32,3	379	18,3	150
	20-24	10,3	33,3	1,6	35	983	22,7	445
	25-29	13,3	24,1	1,8	25,9	1178	33,9	462
	30-34	10,6	21,6	4,4	26,1	886	29	325
	35-39	10,4	16,2	5,6	21,9	810	32,3	262
	40-44	8,8	7,8	5,7	13,6	543	39,5	122
Niveau d'instruction de la femme	45-49	5,3	4,6	7,2	11,8	423	31,1	72
	Sans niveau	6,2	22,2	3,3	25,5	3802	19,5	1205
	Primaire	17,2	22	4,4	26,4	899	39,4	392
	Secondaire & +	30,6	13,4	4,5	17,9	428	63	207
	Programme non formel	17,9	19,6	6	25,6	70	41,2	(30)
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	23,9	13,6	0	13,6	5	63,8	2*
	Le plus pauvre	6,3	19,9	3,3	23,2	1144	21,3	337
	Pauvre	5,4	23,7	2,7	26,4	1103	17,1	351
	Moyen	7	25,8	3,7	29,5	1123	19,2	410
	Riche	13,7	21,5	3,4	24,9	1006	35,5	388
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	22,5	14,4	5,5	19,9	828	53	351
	Balante	8,2	19,9	2,3	22,2	1386	26,9	421
	Fula/Mandinga	7,9	24	3,7	27,8	2173	22,2	776
	Brames	17	19,9	3,5	23,5	969	42	392
Total	Autres langues	12,5	18,2	6,1	24,3	676	34	249
		10,3	21,4	3,6	25	5203	29,1	1837

* indicateur MICS 21; indicateur OMD 19C **** indicateur MICS 98 ***** indicateur MICS 99

Tableau RH. 3: Prestataires de soins prénatals
Répartition en pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché au cours des deux dernières années
selon le type de prestataires de soins prénatals, Guinée-Bissau, 2006

		Personnels prestataires de soins prénatals								Total	Tout personnel qualifié *	Nombre de femmes ayant accouché au cours des deux dernières années
		Médecin	Sage femme	Sage-femme auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Agent de santé/communautaire	Parents/Amie	Autre/Manquant	N'a aucun soin prénatal			
Région	SAB Capital	24,9	52,4	6,9	1,2	4,8	0,2	3,7	5,9	100	84,2	498
	EST (Bafata e Gabu)	4,8	35,8	23,3	15,6	2	0,6	1,1	16,7	100	64	612
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	16,6	48,3	17,1	2,3	4,5	0,4	0,8	9,9	100	82	1124
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	10,9	60,7	9,2	2,8	1,5	1,1	0,2	13,5	100	80,8	271
Milieu	Urbain	22,6	52,2	12,1	1,3	3,5	0,2	2,6	5,3	100	87	722
	Rural	11,6	45,5	17,2	7,1	3,7	0,6	0,9	13,5	100	74,3	1784
Âge	15-19	13,4	44	17,6	9,3	2,2	0,7	1,1	11,8	100	74,9	331
	20-24	14,8	53,5	14,4	3,6	3,9	0	1,2	8,6	100	82,7	675
	25-29	14	47,3	15,8	6,1	4,4	0,6	1,2	10,7	100	77,1	699
	30-34	15,5	46	14,8	4,3	3	0,9	2,4	13,2	100	76,2	414
	35-39	16,8	45	13,4	6,2	3,3	0,6	1,2	13,5	100	75,2	271
	40-44	17,9	32,7	26,7	4,1	4,8	0,5	1,3	12	100	77,3	88
Niveau d'instruction de la femme	45-49	7,8	36,4	26,9	0	4,9	0	0	24	100	71,1	(28)
	Sans niveau	10,9	46,7	17,3	6,6	3,5	0,4	1,2	13,3	100	74,9	1711
	Primaire	19,7	50,1	12,4	2,4	4,9	1	1,4	8,1	100	82,2	518
	Secondaire & +	33,1	47,1	12,2	0,2	1,8	0	2,6	3	100	92,4	238
	Programme non formel	6,9	43,5	14,3	26,5	1,9	0	0	7	100	64,6	(36)
	Manquant/NSP	0	64,5	0	0	0	0	0	35,5	100	64,5	3*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	8,8	51,4	16,1	4,2	4,1	0,9	0,6	13,9	100	76,3	543
	Pauvre	10	43,9	22,5	5,5	2,9	0,5	0,5	14,2	100	76,3	576
	Moyen	11,7	42,7	15,3	10,5	3,8	0,6	1,9	13,4	100	69,7	529
	Riche	21	46,6	14,1	4,5	4,1	0,3	2	7,5	100	81,7	481
	Le plus riche	26,9	54,8	7,7	1	3,3	0	2,3	4,1	100	89,3	377
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	9,1	55,3	15,5	3,3	6,1	0,3	1	9,5	100	79,9	657
	Fula/Mandinga	9,8	41,1	20,5	9,5	1,8	0,6	1,6	15	100	71,4	1013
	Bramas	30,3	46	10,1	1,8	4,2	0,1	1,2	6,3	100	86,4	529
	Autres langues	16,4	53,9	10,3	2,8	3,5	1,2	1,8	10,2	100	80,5	306
Total		14,8	47,4	15,7	5,4	3,6	0,5	1,4	11,2	100	77,9	2506

* Indicateur MICS 20

Tableau RH. 4: Soins prénatals

Pourcentage de femmes enceintes recevant des soins prénatals parmi les femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché pendant les deux dernières années précédant l'enquête, et pourcentage de femmes enceintes recevant des soins spécifiques, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage de femmes enceintes ayant :					Nombre de femmes ayant accouché au cours des deux dernières années
		Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu des soins prénatals au moins une fois durant la grossesse*	Fait un test sanguin *	Fait prendre sa tension (pression du sang) *	Fait un prélèvement d'urine*	Fait prendre son poids*	
Région	SAB Capital	94,1	86,7	86,8	86	91,4	498
	EST (Bafata e Gabu)	83,3	40,5	57,7	40,5	63,4	612
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	90,1	47,8	76,3	50,4	84,2	1124
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	86,5	28,3	68,6	33,5	76	271
Milieu	Urbain	94,7	79,7	86,9	79,7	91,5	722
	Rural	86,5	40,3	67,4	42,5	74,9	1784
Age	15-19	88,2	50,6	70,4	52,5	78,6	331
	20-24	91,4	57,3	76,3	58,6	83,2	675
	25-29	89,3	50,8	74	53,1	79,1	699
	30-34	86,8	44,6	71,9	45,5	79,1	414
	35-39	86,5	54,1	69,4	56,1	76,6	271
	40-44	88	52	69,9	50,6	73,9	88
	45-49	76	26,7	60,2	26,7	76	(28)
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	86,7	43,9	68,3	45,5	75,8	1711
	Primaire	91,9	62	81,9	64,5	86,7	518
	Secondaire & +	97	88,9	90,3	88,5	94,7	238
	Programme non formel	93	23,9	54,9	23,9	66,3	(36)
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	64,5	42,1	64,5	42,1	64,5	3*
	Le plus pauvre	86,1	38,2	67,8	39,3	75	543
	Pauvre	85,8	41	66,3	43	74,7	576
	Moyen	86,6	37,9	66,4	41,7	74	529
	Riche	92,5	65,8	80,8	67,2	86,4	481
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	95,9	88,3	90,2	87,1	93,2	377
	Balante	90,5	45,9	75,7	49,6	83,9	657
	Fula/Mandinga	85	46,1	65,1	46,3	70,6	1013
	Brames	93,7	66,8	81,5	68,5	89,2	529
	Autres langues	89,8	56,2	78,6	57,4	84,2	306
Total		88,8	51,6	73	53,2	79,7	2506

*Indicateur MICS 44

Table RH.4w: Soins prénatals

Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu des soins spécifiques comme partie intégrante des soins prénatals, parmi les femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché au cours des deux années précédant l'enquête, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage de femmes enceintes ayant :					Nombre de femmes ayant donné une naissance vivante au cours des 2 dernières années précédant l'enquête et ayant reçu les soins prénatals
		fait un test sanguin*	mesuré sa pression sanguine *	fait un prélèvement d'urine*	fait prendre son poids *		
Région	SAB Capital	92,2	92,2	91,4	97,1	468	
	EST (Bafata e Gabu)	48,6	69,3	48,6	76,1	510	
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	53	84,7	55,9	93,4	1012	
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	32,7	79,4	38,8	87,9	235	
Milieu	Urbain	84,1	91,8	84,1	96,6	683	
	Rural	46,6	77,9	49,2	86,6	1543	
Âge	15-19	57,4	79,9	59,5	89,2	292	
	20-24	62,6	83,5	64,1	91	617	
	25-29	56,9	82,8	59,5	88,6	624	
	30-34	51,4	82,7	52,4	91	360	
	35-39	62,5	80,2	64,9	88,6	234	
	40-44	59,1	79,5	57,5	84	78	
	45-49	35,1	79,1	35,1	100	(21)	
	Sans niveau	50,6	78,8	52,5	87,4	1483	
Niveau d'instruction de la femme	Primaire	67,5	89	70,2	94,3	476	
	Secondaire & +	91,6	93,1	91,2	97,5	231	
	Programme non formel	25,8	59	25,8	71,3	(34)	
	Manquant/NSP	65,3	100	65,3	100	2*	
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	44,3	78,7	45,7	87	468	
	Pauvre	47,8	77,3	50,2	87,1	494	
	Moyen	43,8	76,7	48,2	85,5	458	
	Riche	71,1	87,3	72,6	93,4	445	
	Le plus riche	92,1	94	90,8	97,2	362	
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	50,7	83,7	54,9	92,7	595	
	Fula/Mandinga	54,2	76,7	54,5	83,1	861	
	Brames	71,4	87	73,2	95,2	496	
	Autres langues	62,5	87,5	63,9	93,8	274	
Total	58,1	82,2	59,9	89,7	2226		

Tableau RH. 5: Assistance pendant l'accouchement
Répartition en pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant une naissance vivante
au cours des deux années précédant l'enquête selon le type de personnel ayant assisté à l'accouchement, Guinée-Bissau, 2006

		Personnel ayant assisté l'accouchement										Nombre de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête		
		Médecin	Sage-femme	Sage-femme auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Agent de santé/communautaire	Parente/Amie	Autre	Pas d'assistance	Total	Tout personnel qualifié *		Accouchement dans un centre de santé **	
Région	SAB Capital	15,6	46	8,8	9,4	0,5	15,1	1	3,7	100	70,4	67,1	498	
	EST (Bafata e Gabu)	1,5	14,5	8	45	1,8	21,4	3,4	4,4	100	24	19,4	612	
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	10,8	15,6	7,3	30,9	3,3	20,5	5,5	6	100	33,8	32,8	1124	
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	6,3	20,8	8,3	25,1	0,5	34,2	1,2	3,4	100	35,5	28,6	271	
Milieu	Urbain	14,4	42,6	11,8	10,6	0,5	14,7	1,8	3,7	100	68,7	65,5	722	
	Rural	6,8	13,6	6,3	37,1	2,7	23,7	4,4	5,4	100	26,8	23,9	1784	
Âge	15-19	8,4	26,5	9,9	26,2	1,4	20	1,7	5,7	100	44,9	43,5	331	
	20-24	9,5	25,3	8,4	28,7	2,1	19,5	4,2	2,3	100	43,2	39,3	675	
	25-29	7,7	20,4	6,2	30,3	2	23,2	4,9	5,3	100	34,3	33,2	699	
	30-34	10,2	18,7	8,2	30,8	0,6	20,4	4,4	6,6	100	37,1	33	414	
	35-39	7,8	19,6	5,3	31,6	5	24,6	1,5	4,6	100	32,8	29,5	271	
	40-44	16,9	17,9	15,2	20,4	2,5	15,5	1,3	10,3	100	50	38,8	88	
	45-49	5,3	9,2	9,2	52,5	2,3	15,8	0	5,8	100	23,7	23,7	28	
	Sans niveau	6,2	15,2	6,6	36,2	2,1	23,9	3,8	5,9	100	28	24,2	1711	
	Niveau d'instruction de la femme	Primaire	15,4	30,9	9,4	17,1	2,9	17	4,1	3,1	100	55,7	54,7	518
		Secondaire & +	15,7	50,4	13,9	6,7	0	10,7	1,2	1,3	100	80,1	79,5	238
Programme non formel		7,1	21,4	8,6	40,7	0	14,5	3,9	3,7	100	37,2	28,2	(36)	
Manquant/NSP		0	42,1	0	0	0	57,9	0	0	100	42,1	42,1	3*	
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	4,8	10,6	4	39,2	3,7	27,5	4,8	5,5	100	19,4	16,8	543	
	Pauvre	5,1	12	8,8	39,4	1,3	23,6	4,9	5	100	25,9	23,4	576	
	Moyen	7,5	15,4	8	31,5	2,8	24,2	3,9	6,6	100	30,9	27,1	529	
	Riche	15	30,6	8,3	20,8	1,8	16,7	2,6	4,3	100	53,9	51,3	481	
	Le plus riche	15,5	51,6	11,4	8,3	0,3	9,6	1,1	2,1	100	78,5	74,9	377	
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	6	17,6	6,8	33,9	3,4	22,1	6	4,2	100	30,4	29,5	657	
	Fula/Mandinga	5,8	19,3	8	36,7	1,3	21,3	3,1	4,5	100	33,1	27,5	1013	
	Bramas	18,8	27,3	7,3	14	2,9	19,5	2,6	7,7	100	53,3	52,9	529	
	Autres langues	9,2	30,8	11	22,5	0,2	21,2	2,3	2,9	100	51	47,6	306	
Total	9	22	7,9	29,5	2,1	21,1	3,6	4,9	100	38,8	35,9	2506		

* Indicateur MICS 4; Indicateur OMD 17 ** indicateur MICS 5

Tableau RH. 6: Taux de mortalité maternelle
 Probabilité de décès maternelle encourue au cours de la vie et proportion de sœurs décédées pour cause de maternité, Guinée-Bissau, 2006

	Nombre de membres adultes du ménage répondants	Soeurs ayant atteint l'âge 15	Soeurs ayant atteint l'âge 15 (ajuste)	Soeurs ayant atteint l'âge 15 et qui sont décédées	Décès maternel	Facteur d'ajustement	Unités de sœurs d'expositions au risque	Unités de sœurs d'expositions aux risques Durée des risques de mortalité maternelle	Pourcentage de sœurs décédés pour cause de maternité	Taux total de la fertilité d' il y a 10-14 ans	Taux de mortalité maternelle *
15-19	4289	6241	12408	318	45	0,107	1328	0,034	14,1	.	.
20-24	3717	6752	13425	362	53	0,206	2765	0,019	14,5	.	.
25-29	3117	6212	12351	433	56	0,343	4236	0,013	12,9	.	.
30-34	2209	4602	4602	373	59	0,503	2315	0,026	15,9	.	.
35-39	1977	4212	4212	494	66	0,664	2797	0,024	13,3	.	.
40-44	1486	2966	2966	391	45	0,802	2379	0,019	11,5	.	.
45-49	1268	2543	2543	434	33	0,9	2289	0,015	7,7	.	.
50-54	1265	2434	2434	521	51	0,958	2331	0,022	9,7	.	.
55-59	757	1490	1490	382	45	0,986	1469	0,031	11,8	.	.
60+	1894	3334	3334	1170	94	1	3334	0,028	8,1	.	.
Total	21978	40788	59766	4879	547	.	25245	0,022	11,2	5,4	405

* Indicateur MICS 3; Indicateur MDG 16

Tableau CD. 1: Soutien familial pour les études

Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois dont les parents s'engagent dans des activités de promotion de l'apprentissage et de préparation aux études, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage d'enfants de 0-59 mois					
		Dont les membres du ménage s'engagent dans quatre activités ou plus de promotion, de l'apprentissage et de préparation aux études *	Nombre moyen d'activités dans lesquelles les membres du ménage s'engagent avec les enfants	Dont le père s'engage dans une activité ou plus de promotion de l'apprentissage, et de préparation aux études **	Nombre moyen d'activités pour lesquels le père est engagé avec l'enfant	Vivant dans un ménage sans son père naturel	Nombre d'enfants âgés de 0-59 mois
Sexe	Masculin	6,2	1,6	20,5	0,3	28,3	2839
	Feminin	6	1,5	16,9	0,3	30,9	3007
Région	SAB Capital	9,7	1,3	7	0,1	43	1107
	EST (Bafata e Gabu)	3,4	1	11,9	0,2	17,5	1451
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	7,1	2	28	0,5	31,1	2576
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	2,7	1,5	16,4	0,2	28,4	711
Milieu	Urbain	8,4	1,4	10,8	0,2	41,5	1705
	Rural	5,2	1,6	21,8	0,3	24,8	4141
Age	0-23 mois	3,5	1,3	17,3	0,3	27	2495
	24-59 mois	8,1	1,7	19,6	0,3	31,6	3350
	Sans niveau	4,9	1,6	19,5	0,3	23,1	4136
Niveau d'instruction de la mère	Primaire	7,9	1,5	16,2	0,3	42,8	1113
	Secondaire & +	13,2	1,7	13,1	0,2	55,4	497
	Programme non formel	4,9	1,4	37,8	0,7	22,4	85
	Manquant/NSP	0	1,6	17,7	0,3	50,6	14*
	Sans niveau	3,9	1,4	20,3	0,3	0	1967
Niveau d'instruction du père	Primaire	6,8	1,6	24,8	0,4	0	1219
	Secondaire & +	10,5	1,7	23,2	0,4	0	631
	Programme non formel	2,9	1,5	32,4	0,6	0	180
	Pere pas dans la maison	6,8	1,6	8,3	0,1	100	1735
	Manquant/NSP	8	1,9	33,4	0,6	0	115
	Le plus pauvre	3,6	1,7	23,3	0,4	26,3	1276
Quintiles de l'indice de richesse	Pauvre	5,6	1,6	21,2	0,3	24,8	1319
	Moyen	5,2	1,5	19,9	0,3	27,3	1271
	Riche	7,1	1,4	15,7	0,3	29,9	1151
	Le plus riche	11,1	1,5	9,4	0,1	46	828
	Balante	6,9	2	28,2	0,4	28,4	1528
Langue maternelle du chef de ménage	Fula/Mandinga	3,8	1,3	14,9	0,2	20	2308
	Brames	9,6	1,7	16,6	0,3	44,1	1252
	Autres langues	5,9	1,3	14,2	0,2	38,1	745
Total		6,1	1,6	18,6	0,3	29,7	5834

* Indicateur MICS 46 ** Indicateur MICS 47

Table ED. 1: Éducation pendant la petite enfance

Pourcentage d'enfants âgés de 36-59 mois admis en première année du primaire et ayant suivi un enseignement préscolaire, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage d'enfants de 36-59 mois fréquentant un établissement enseignement pré scolaire*	Nombre d'enfants de 36-59 mois	Pourcentage d'enfants admis en première année d'enseignement primaire ayant suivi un programme enseignement pré scolaire**	Nombre d'enfants admis en première année d'enseignement primaire
Sexe	Masculin	9,8	988	17,7	131
	Féminin	10,0	1147	12,1	115
Région	SAB Capital	21,7	408	33,2	50
	EST (Bafata e Gabu)	4,4	497	8,8	69
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	9,4	963	13,0	95
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	4,0	267	6,2	(31)
Milieu	Urbain	18,5	635	26,6	86
	Rural	6,3	1500	8,9	160
Age de l'enfant	36-47 mois	6,4	1120	.	0*
	48-59 mois	13,8	1014	.	0*
	7 ans	.	0	15,1	246
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	6,9	1545	7,8	171
	Primaire	15,6	366	33,5	(44)
	Secondaire & +	24,6	189	29,9	(30)
	Programme non formel	,0	28	.	0*
	Manquant/NSP	,0	6	,0	1*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	3,6	482	,0	(42)
	Pauvre	6,9	473	9,2	57
	Moyen	7,7	447	20,2	(37)
	Riche	11,2	424	14,9	66
	Le plus riche	25,5	309	32,8	(44)
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	8,3	582	5,0	64
	Fula/Mandinga	4,9	794	9,2	85
	Brames	16,3	482	33,0	55
	Autres langues	16,3	277	18,7	(43)
Total		9,9	2135	15,1	246

*Indicateur MICS 52

** Indicateur MICS 53

Table ED. 2: Inscription à l'école primaire

Pourcentage d'enfants ayant l'âge d'entrée à l'école primaire et admis en 1ère année du primaire ,
Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage d'enfants ayant l'âge d'entrée à l'école primaire et présentement inscrit en première année *	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'entrée à l'école primaire **
Sexe	Masculin	27,3	682
	Féminin	30,0	561
Région	SAB Capital	39,7	247
	EST (Bafata e Gabu)	26,8	343
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	24,1	508
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	28,7	144
Milieu	Urbain	37,9	374
	Rural	24,5	869
Âge	7	28,5	1243
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	25,0	926
	Primaire	35,8	183
	Secondaire & +	52,5	109
	Programme non formel	,0	20*
	Manquant/NSP	12,1	6*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	20,5	258
	Pauvre	24,9	290
	Moyen	24,3	237
	Riche	36,7	240
	Le plus riche	38,5	218
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	28,3	296
	Fula/Mandinga	24,1	514
	Bramas	31,3	260
	Autres langues	37,8	172
Total		28,5	1243

* Indicateur MICS 54

Table ED. 3: Taux de fréquentation net du cycle primaire
 Pourcentage d'enfants d'âge 7-12 ans fréquentant le primaire ou le secondaire, Guinée-Bissau, 2006

		Sexe				Total	
		Masculin		Féminin		Taux net de scolarisation primaire	Nombre d'enfants
		Education de base		Education de base			
		Taux net de scolarisation primaire	Nombre d'enfants	Taux net de scolarisation primaire	Nombre d'enfants		
Région	SAB Capital	73,3	750	67,8	718	70,6	1468
	EST (Bafata e Gabu)	46,8	1036	49,3	907	48,0	1943
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	50,5	1559	47,8	1234	49,3	2794
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	53,7	363	48,9	358	51,3	721
Milieu	Urbain	71,2	1153	66,4	1083	68,9	2236
	Rural	46,8	2556	45,9	2134	46,4	4690
Age	7	29,5	682	32,0	561	30,6	1243
	8	41,2	658	44,6	604	42,8	1262
	9	59,4	562	53,0	479	56,5	1041
	10	63,9	680	59,1	615	61,6	1295
	11	67,2	492	67,2	424	67,2	916
	12	70,2	634	65,1	535	67,9	1169
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	49,0	2764	47,6	2377	48,4	5142
	Primaire	67,5	580	65,1	484	66,4	1063
	Secondaire & +	81,9	294	79,0	291	80,5	586
	Programme non formel	30,4	50	20,2	47	25,5	97
	Manquant/NSP	68,4	20	68,8	18	68,6	(38)
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	43,6	803	42,4	592	43,1	1395
	Pauvre	45,9	780	46,1	682	46,0	1462
	Moyen	51,3	805	46,9	644	49,4	1449
	Riche	60,9	694	59,9	694	60,4	1388
	Le plus riche	75,3	627	68,9	605	72,1	1232
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	57,6	936	54,9	755	56,4	1690
	Fula/Mandinga	44,7	1508	45,1	1341	44,9	2849
	Brames	62,7	800	58,4	699	60,7	1498
	Autres langues	65,0	465	64,3	423	64,7	888
Total		54,4	3708	52,8	3217	53,7	6926

*Indicateur MICS 55; ** Indicateur OMD 6

Table ED. 4: Taux de fréquentation net du cycle secondaire
 Pourcentage d'enfants âgés de 13-17 ans fréquentant le secondaire ou le supérieur, Guinée-Bissau, 2006

		Masculin		Féminin		Total	
		Taux net de scolarisation	Nombre d'enfants	Taux net de scolarisation	Nombre d'enfants	Taux net de scolarisation	Nombre d'enfants
Région	SAB Capital	16,8	586	16,2	748	16,5	1333
	EST (Bafata e Gabu)	2,5	569	2,3	572	2,4	1141
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	6,8	904	4,1	867	5,5	1771
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	6,0	212	2,0	235	3,9	448
Milieu	Urbain	15,3	887	13,7	1090	14,4	1977
	Rural	3,7	1385	1,9	1332	2,8	2717
Age	13	1,2	468	2,0	556	1,7	1024
	14	4,0	477	4,7	563	4,4	1040
	15	8,3	568	5,7	499	7,1	1068
	16	11,0	393	9,5	407	10,2	800
	17	19,6	365	17,4	397	18,5	762
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	3,9	1339	2,8	1299	3,4	2638
	Primaire	9,7	294	11,1	317	10,4	611
	Secondaire & +	26,7	158	25,4	176	26,0	334
	Programme non formel	,0	19	19,5	13	7,9	(32)
	Mère pas dans la maison	13,9	456	8,8	606	11,0	1061
	Manquant/NSP	,0	5	14,1	11	9,7	16*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	2,7	394	,7	396	1,7	791
	Pauvre	3,6	433	1,5	408	2,6	841
	Moyen	3,8	465	1,8	442	2,8	907
	Riche	8,8	464	6,2	518	7,4	982
	Le plus riche	19,8	515	19,1	658	19,4	1173
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	6,9	507	5,2	556	6,0	1063
	Fula/Mandinga	5,2	886	3,5	932	4,3	1817
	Brames	11,9	542	10,2	576	11,0	1118
	Autres langues	12,3	337	15,3	359	13,8	696
Total		8,2	2272	7,2	2422	7,7	4694

* Indicateur 56

Tableau ED.4w: Enfants d'âge secondaire fréquentant l'école primaire
 Pourcentage d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école secondaire** qui fréquentent l'école primaire, Guinée-Bissau, 2006

		Masculin		Féminin		Total	
		Pourcentage fréquentant école primaire	Nombre d'enfants	Pourcentage fréquentant école primaire	Nombre d'enfants	Pourcentage fréquentant école primaire	Nombre d'enfants
Région	SAB Capital	70,0	586	70,0	748	70,0	1333
	EST (Bafata e Gabu)	43,3	569	42,1	572	42,7	1141
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	60,9	904	50,5	867	55,8	1771
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	63,5	212	58,9	235	61,1	448
Milieu	Urbain	68,6	887	69,5	1090	69,1	1977
	Rural	53,0	1385	43,9	1332	48,5	2717
Age	13	69,3	468	65,6	556	67,3	1024
	14	70,3	477	62,8	563	66,2	1040
	15	54,4	568	55,9	499	55,1	1068
	16	53,9	393	47,9	407	50,8	800
	17	44,1	365	37,6	397	40,7	762
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	56,3	1339	53,8	1299	55,0	2638
	Primaire	73,9	294	72,4	317	73,1	611
	Secondaire & +	65,6	158	64,9	176	65,2	334
	Programme non formel	21,3	19	38,5	13	28,3	(32)
	Mère pas dans la maison	56,5	456	47,2	606	51,2	1061
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	100,0	5	69,9	11	79,4	16*
	Le plus pauvre	56,0	394	46,5	396	51,2	791
	Pauvre	54,1	433	44,9	408	49,6	841
	Moyen	51,4	465	44,1	442	47,8	907
	Riche	64,4	464	63,1	518	63,7	982
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	67,7	515	68,8	658	68,3	1173
	Balante	69,3	507	60,6	556	64,8	1063
	Fula/Mandinga	43,9	886	43,8	932	43,9	1817
	Brames	69,9	542	64,2	576	66,9	1118
	Autres langues	66,2	337	63,0	359	64,6	696
Total		59,1	2272	55,4	2422	57,2	4694

Table ED. 5: Enfants parvenus au CM2

Pourcentage d'enfants en première année du primaire et atteignant la 5ème année, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage atteignant la 2ème classe et qui étaient en 1ère année l'année dernière	Pourcentage atteignant la 3ème classe et qui étaient en 2ème année l'année dernière	Pourcentage atteignant la 4ème classe et qui étaient en 3ème année l'année dernière	Pourcentage atteignant la 5ème classe et qui étaient en 4ème année l'année dernière	Pourcentage atteignant la 5ème classe parmi ceux entrés en 1ère année *
Sexe	Masculin	96,2	96,6	95,6	90,5	80,3
	Féminin	93,9	95,6	94,8	93,0	79,2
Région	SAB Capital	95,7	96,4	97,0	93,6	83,8
	EST (Bafata e Gabu)	96,4	96,6	96,2	90,7	81,3
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	94,0	96,4	93,8	89,6	76,1
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	93,9	93,9	92,6	88,0	71,8
Milieu	Urbain	95,6	96,8	96,9	93,7	84,1
	Rural	94,7	95,7	93,4	87,1	73,7
	Sans niveau	96,2	97,3	96,6	94,6	85,5
Niveau d'instruction de la mère	Primaire	96,0	98,7	98,4	96,8	90,3
	Secondaire & +	97,6	99,6	97,0	98,4	92,7
	Programme non formel	90,1	100,0	80,9	100,0	72,9
	Mère pas dans la maison	88,9	96,1	92,2	93,6	73,7
	Manquant/NSP	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	92,6	96,5	94,7	86,3	73,1
	Pauvre	95,7	95,6	92,9	79,4	67,4
	Moyen	96,1	93,5	91,1	90,9	74,4
	Riche	94,1	97,2	96,3	91,8	80,9
	Le plus riche	96,9	97,5	98,0	95,5	88,5
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	95,7	96,1	95,4	90,9	79,7
	Fula/Mandinga	95,8	96,3	96,1	87,8	77,8
	Brames	93,7	95,8	94,5	94,5	80,2
	Autres langues	94,3	96,6	94,9	92,7	80,1
Total		95,1	96,2	95,2	91,6	79,7

* Indicateur 57; Indicateur OMD 7

Table ED. 6: Achèvement du cycle primaire et passage au cycle secondaire
Taux d'achèvement au primaire et taux de transition au secondaire, Guinée-Bissau, 2006

		Taux net d'achèvement au primaire *	Nombre d'enfants inscrits en dernière année du primaire l'année précédente	Taux de transition au secondaire **	Nombre d'enfants en dernière année du primaire l'année précédente
Sexe	Masculin	4,5	634	21,1	310
	Féminin	3,6	535	15,7	222
Région	SAB Capital	9,3	275	21,8	311
	EST (Bafata e Gabu)	,9	292	24,8	41
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	3,1	489	11,4	155
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	4,2	113	19,9	24*
Milieu	Urbain	8,7	414	21,3	404
	Rural	1,6	755	11,3	127
	Sans niveau	2,0	857	16,9	78
Niveau d'instruction de la mère	Primaire	4,5	185	18,4	58
	Secondaire & +	18,5	101	30,2	(46)
	Programme non formel	18,6	21	,0	4*
	Mère pas dans la maison	.	0	21,9	67
	Manquant/NSP	,0	5	100,0	2*
	Le plus pauvre	,6	228	6,4	23*
Quintiles de l'indice de richesse	Pauvre	1,5	241	18,5	(36)
	Moyen	4,1	232	11,0	70
	Riche	3,0	229	18,3	129
	Le plus riche	11,2	239	22,3	273
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	2,1	299	23,9	111
	Fula/Mandinga	2,4	452	18,6	123
	Brames	6,2	273	16,8	206
	Autres langues	9,5	145	17,8	91
Total		4,1	1169	18,9	531

* Indicateur MICS 59; Indicateur OMD 7b

**Indicateur MICS 58

Table ED. 7: Parité des sexes dans l'éducation
Ratio filles/garçons fréquentant le primaire et ratio filles/garçons fréquentant le secondaire, Guinée-Bissau, 2006

		Taux net de scolarisation au primaire (TNSP), filles	Taux net de scolarisation au primaire (TNSP), garçons	Indice de parité entre les sexes (IPS) pour le primaire *	Taux net de scolarisation au secondaire (TNSS), filles	Taux net de scolarisation au secondaire (TNSS), garçons	Indice de parité entre les sexes (IPS) pour le secondaire *
Région	SAB Capital	67,8	73,3	,93	16,2	16,8	,96
	EST (Bafata e Gabu)	49,3	46,8	1,05	2,3	2,5	,92
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	47,8	50,5	,95	4,1	6,8	,61
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	48,9	53,7	,91	2,0	6,0	,32
Milieu	Urbain	66,4	71,2	,93	13,7	15,3	,89
	Rural	45,9	46,8	,98	1,9	3,7	,51
	Sans niveau	47,6	49,0	,97	2,8	3,9	,73
Niveau d'instruction de la mère	Primaire	65,1	67,5	,96	11,1	9,7	1,13
	Secondaire & +	79,0	81,9	,96	25,4	26,7	,95
	Programme non formel	20,2	30,4	,66	19,5	,0	.
	Mère pas dans la maison	.	.	.	8,8	13,9	,63
	Manquant/NSP	68,8	68,4	1,01	14,1	,0	.
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	42,4	43,6	,97	,7	2,7	,26
	Pauvre	46,1	45,9	1,00	1,5	3,6	,41
	Moyen	46,9	51,3	,91	1,8	3,8	,47
	Riche	59,9	60,9	,98	6,2	8,8	,71
	Le plus riche	68,9	75,3	,91	19,1	19,8	,96
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	54,9	57,6	,95	5,2	6,9	,75
	Fula/Mandinga	45,1	44,7	1,01	3,5	5,2	,67
	Brames	58,4	62,7	,93	10,2	11,9	,86
	Autres langues	64,3	65,0	,99	15,3	12,3	1,24
Total		52,8	54,4	,97	7,2	8,2	,88

* Indicateur MICS 61; Indicateur OMD 9

Table ED. 8: Alphabétisation des adultes
 Pourcentage de femmes âgées de 15 - 24 ans alphabétisées, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage alphabétisé *	Pourcentage non connu	Nombre des femmes âgées de 15-24 ans
Région	SAB Capital	54,1	3,0	1123
	EST (Bafata e Gabu)	10,5	1,2	713
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	19,3	3,0	1252
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	16,1	1,1	328
Milieu	Urbain	50,9	3,3	1546
	Rural	10,1	1,7	1870
	Sans niveau	,6	,5	1424
Niveau d'instruction de la femme	Primaire	26,3	3,7	1312
	Secondaire & +	100,0	,2	623
	Programme non formel	,0	51,9	51
	Manquant/NSP	20,4	,0	5*
Age	15-19	29,2	2,6	1746
	20-24	27,9	2,3	1669
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	7,4	,6	534
	Pauvre	8,1	1,9	579
	Moyen	13,2	2,7	608
	Riche	30,1	3,0	741
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	61,6	3,3	953
	Balante	22,9	1,3	806
	Fula/Mandinga	17,1	2,9	1263
	Brames	42,5	2,8	816
	Autres langues	43,5	2,3	531
Total		28,6	2,4	3415

* Indicateur MICS 60; Indicateur OMD 8

Tableau CP. 1: Enregistrement des naissances

Répartition en pourcentage des enfants âgés de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée et les raisons de non enregistrement, Guinée-Bissau, 2006

		Naissance enregistrée *	Ne sait pas si la naissance est enregistrée	Nombre d'enfants de 0-59 mois	La naissance n'a pas été enregistrée parce que :							Total	Nombre d'enfants de 0-59 mois non enregistré à l'état civil	
					Ça coûte très cher	C'est trop loin	S'est rappelé plus tard	Ne savait pas que l'enfant devrait être enregistrée	Ne voulait pas payer d'amende	Ne sait pas ou enregistrer	Ne sait pas			Manquant
Sexe	Masculin	40,4	2,2	2839	33,4	25,4	5,8	1,8	6,2	19,5	7	0,8	100	1629
	Féminin	37,4	3,2	3007	35	26,1	5	1,9	5,8	18,4	6,7	1,1	100	1786
Région	SAB Capital	57	1,2	1107	39,4	10	5,7	2,4	3,9	26,8	11,6	0,3	100	463
	EST (Bafata e Gabu)	47,5	2,5	1451	26,5	31,8	11,9	1,6	13,9	8,5	4,3	1,6	100	725
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	31,5	3,7	2576	36,3	21,9	2,3	2	4,1	25,1	7,2	1	100	1670
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	20	1,8	711	34	42,7	5,8	1,3	3	7,4	5,1	0,7	100	556
Milieu	Urbain	53,1	2,1	1705	37,8	9,5	6,1	3,3	4,2	27,7	10,8	0,5	100	765
	Rural	33,1	3	4141	33,2	30,4	5,2	1,5	6,5	16,4	5,7	1,1	100	2650
Âge	0-11 mois	16,8	1,9	1220	34,2	23,6	6	1,2	6,1	22,7	5,2	1,2	100	992
	12-23 mois	34,5	1,6	1275	37,4	26,6	5	2,2	5,4	16,6	6,2	0,6	100	815
	24-35 mois	46,1	2,6	1216	32,1	27	5,8	1,6	5,3	19,1	8,4	0,7	100	623
	36-47 mois	48,8	3,5	1120	32,9	25,1	3,9	2,9	8,2	16,8	9	1,1	100	534
	48-59 mois	51,3	4,2	1014	33,3	28	6	2	5	17,3	7	1,4	100	451
	Sans niveau	33,4	3	4136	33,6	27,7	5,7	1,6	6,8	17,1	6,4	1,1	100	2629
Niveau d'instruction de la mère	Primaire	50	1,6	1113	38,2	18,8	4	2,5	3	23,5	8,9	1	100	538
	Secondaire & +	59,9	2,2	497	34,6	11,2	5,3	2,8	2,7	34,6	8,8	0	100	188
	Programme non formel	35,1	4,2	85	30,3	49,7	4,7	3,7	2,4	7,8	1,4	0	100	52
	Manquant/NSP	43,2	0	14	0	24,7	15,9	0	43,8	15,6	0	0	100	8*
	Le plus pauvre	21,1	2,8	1276	30,4	33,9	4,4	1,8	5,4	16,4	7,1	0,5	100	972
Quintiles des indices de richesse	Pauvre	32	3,7	1319	38,4	28,4	4,4	1,4	6,4	15,3	4,8	1	100	847
	Moyen	40,9	2,3	1271	35,3	24,6	6,8	1,7	7,1	17,2	5,8	1,5	100	721
	Riche	48,2	2,5	1151	33,8	18,2	6,7	2,8	6,3	24,6	6,5	1,1	100	568
	Le plus riche	61,2	1,8	828	33,4	9,2	5,5	2,1	3,4	30,7	14,7	1	100	307
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	28,5	3,2	1528	41,8	26,6	4,1	1,5	2,3	17,9	4,9	0,9	100	1044
	Fula/Mandinga	44,2	2,4	2308	26,3	30,8	8,2	1,6	12,1	15	4,9	1	100	1233
	Bramas	42,7	3,1	1252	33,1	14,3	1,8	3	3,1	30,7	13	1,1	100	678
Autres langues		37,4	2	745	40,1	27,2	6,1	2	2,3	14,2	7,3	0,8	100	452
	Total	38,9	2,7	5834	34,2	25,7	5,4	1,9	6	18,9	6,9	1	100	3407

* Indicateur MICS 62

Tableau CP. 2: Travail des enfants

Pourcentage d'enfants âgés de 5-14 ans impliqués dans les activités de travail de l'enfant par type de l'activité, Guinée-Bissau, 2006

		Travaille en dehors du ménage		Domestique pour 28 heures ou plus par semaine	Travaille dans l'entreprise familiale	Ensemble travail de l'enfant *	Nombre d'enfants âgés de 5-14 ans
		Travail rémunéré	Travail non rémunéré				
Sexe	Masculin	2,4	3,2	4,5	37,2	41,1	6057
	Féminin	1,7	3	4,3	33,3	37	5599
Région	SAB Capital	0,1	0,6	1,1	12,7	14,2	2529
	EST (Bafata e Gabu)	1,1	3,4	0,3	40,7	43,3	3227
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	3,6	3,2	9,5	41,8	47,2	4661
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	2,7	6,6	2,9	43,6	49,3	1239
	Urbain	0,5	1,5	1,9	19,8	22	3881
Age	Rural	2,9	3,9	5,7	43,1	47,7	7774
	5-11 ans	2,4	3,8	3,9	41,5	45,3	8422
School participation	12-14 ans	1,1	1,1	5,8	19,4	23,2	3233
	Yes	2,4	2,8	4,7	33,2	37	6632
Niveau d'instruction de la mère	No	1,6	3,5	4,1	38,2	42,1	5023
	Sans niveau	2,3	3,4	4,7	38,5	42,4	8575
	Primaire	1,8	2,5	4,4	31,7	35,7	1865
Quintiles des indices de richesse	Secondaire & +	0,8	1,5	2,1	14,9	17,3	1003
	Programme non formel	0,5	2,9	2	41,8	46,1	153
	Manquant/NSP	0	0	5,5	30,3	32,2	59
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus pauvre	2,5	5,8	6,6	45,4	51,2	2295
	Pauvre	2,8	3,8	5	45,7	50,1	2432
	Moyen	3,4	3,3	4,3	41,4	45,8	2433
	Riche	1	1,4	4,3	29,1	31,7	2394
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	0,3	1	1,7	12,5	14,2	2102
	Balante	2,9	3	7,3	40,1	44	2789
	Fula/Mandinga	1,1	4,1	1	36,5	39,7	4766
Total	Brames	3,4	1,6	8,6	31,9	36,9	2560
	Autres langues	1,2	2,5	2,8	29	32,5	1541
Total		2,1	3,1	4,4	35,4	39,2	11656

* Indicateur MICS 71

Tableau CP.2w: Travail des enfants (table de travail)

Pourcentage d'enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent couramment et pourcentage de ceux impliqués dans les activités du travail de l'enfant (à éliminer, selon le type de l'activité, Guinée-Bissau, 2006

		Tout travail de l'enfant en dehors du ménage et rémunéré	Travail rémunéré (à éliminer) en dehors du ménage	Tout travail de l'enfant en dehors du ménage et non -rémunéré	Travail en dehors du ménage non - rémunéré (à éliminer)	Tout travail domestique	Domestique pour 28 heures et plus par semaine	Tout travail de l'enfant pour l'entreprise familiale	Tout travail de l'enfant (à éliminer) pour l'entreprise familiale	Tout travail de l'enfant	Ensemble travail de l'enfant *	Nombre d'enfants âgés de 5-14 ans
Sexe	Masculin	3,7	2,4	4,3	3,2	69,6	4,5	45	37,2	49,9	41,1	6057
	Féminin	2,7	1,7	4,2	3	82,1	4,3	41,9	33,3	45,9	37	5599
Région	SAB Capital	0,3	0,1	0,8	0,6	70,4	1,1	20,4	12,7	21,9	14,2	2529
	EST (Bafata e Gabu)	1,7	1,1	4,5	3,4	83,5	0,3	50,1	40,7	52,5	43,3	3227
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	5,5	3,6	4,5	3,2	72,3	9,5	47,9	41,8	55	47,2	4661
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	4,6	2,7	9,6	6,6	78	2,9	56,8	43,6	63,2	49,3	1239
	Urbain	0,8	0,5	2	1,5	72,5	1,9	27,7	19,8	30	22	3881
Age	Rural	4,4	2,9	5,4	3,9	77,1	5,7	51,4	43,1	56,9	47,7	7774
	5-11 years	2,4	2,4	3,8	3,8	72,2	3,9	41,5	41,5	45,3	45,3	8422
Participation à l'école	12-14 years	5,3	1,1	5,4	1,1	84,3	5,8	48,8	19,4	55	23,2	3233
	Oui	4	2,4	3,9	2,8	78,6	4,7	43,3	33,2	48,1	37	6632
Niveau d'instruction de la mère	Non	2,2	1,6	4,7	3,5	71,6	4,1	43,7	38,2	47,9	42,1	5023
	Sans niveau	3,6	2,3	4,8	3,4	76,7	4,7	47	38,5	51,7	42,4	8575
Quintiles des indices de richesse	Primaire	2,6	1,8	3,3	2,5	74,3	4,4	39,7	31,7	43,9	35,7	1865
	Secondaire & +	1,3	0,8	1,9	1,5	69,9	2,1	20,3	14,9	23,4	17,3	1003
Langue maternelle du chef de ménage	Programme non formel	1,9	0,5	5	2,9	69,5	2	49,9	41,8	56,4	46,1	153
	Manquant/NSP	0	0	0	0	65,9	5,5	30,3	30,3	32,2	32,2	59
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus pauvre	4,1	2,5	8	5,8	74,9	6,6	54,5	45,4	61,5	51,2	2295
	Pauvre	4,3	2,8	5,4	3,8	78,7	5	54,3	45,7	59,4	50,1	2432
Langue maternelle du chef de ménage	Moyen	4,7	3,4	4,3	3,3	76,6	4,3	50,2	41,4	55,7	45,8	2433
	Riche	2,2	1	1,9	1,4	76,5	4,3	37,1	29,1	39,9	31,7	2394
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	0,5	0,3	1,5	1	70,5	1,7	18,5	12,5	20,3	14,2	2102
	Balante	4,6	2,9	4,7	3	74,7	7,3	48,8	40,1	53,9	44	2789
Langue maternelle du chef de ménage	Fula/Mandinga	1,7	1,1	5,6	4,1	75,6	1	45,3	36,5	48,9	39,7	4766
	Brames	5,2	3,4	1,8	1,6	76	8,6	37,6	31,9	43,5	36,9	2560
Langue maternelle du chef de ménage	Autres langues	2,2	1,2	3,5	2,5	76,3	2,8	38,1	29	41,9	32,5	1541
	Total	3,2	2,1	4,3	3,1	75,6	4,4	43,5	35,4	48	39,2	11656

* Indicateur MICS 71

Tableau CP. 3: Élèves travailleurs et travailleurs élèves

Pourcentage d'enfants âgés de 5-14 ans qui étudient et travaillent et pourcentage des 5-14 ans qui travaillent et étudiant, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage d'enfants qui travaillent *	Pourcentage d'enfants scolarisés ***	Nombre d'enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent	Pourcentage d'enfants qui travaillent tout en allant à l'école **	Nombre d'enfants âgés de 5-14 ans	Pourcentage d'élèves qui travaillent aussi ****	Nombre d'élèves âgés de 5-14 ans
Sexe	Masculin	41,1	56,9	6057	53,1	2490	38,4	3446
	Féminin	37	56,9	5599	54,5	2074	35,5	3186
Région	SAB Capital	14,2	81,9	2529	76,1	358	13,2	2070
	EST (Bafata e Gabu)	43,3	44,2	3227	47,3	1397	46,3	1427
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	47,2	53,3	4661	54,8	2199	48,5	2484
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	49,3	52,6	1239	51,3	611	48,1	651
Milieu	Urbain	22	76,5	3881	70,5	852	20,2	2970
	Rural	47,7	47,1	7774	49,9	3712	50,5	3663
Age	5-11 ans	45,3	50,8	8422	50,6	3816	45,1	4282
	12-14 ans	23,2	72,7	3233	69,5	749	22,1	2350
	Sans niveau	42,4	50,6	8575	50,2	3636	42,1	4335
Niveau d'instruction de la mère	Primaire	35,7	71,1	1865	67,7	665	34	1326
	Secondaire & +	17,3	85,8	1003	78,9	174	15,9	861
	Programme non formel	46,1	44,3	153	42,2	71	43,9	68
	Manquant/NSP	32,2	71,5	59	46,6	19	21	(42)
	Le plus pauvre	51,2	44,4	2295	45,6	1175	52,6	1020
Quintiles de l'indice de richesse	Pauvre	50,1	46,5	2432	49,2	1218	53	1132
	Moyen	45,8	50,5	2433	55,6	1114	50,4	1230
	Riche	31,7	63	2394	61,4	760	30,9	1508
	Le plus riche	14,2	82,9	2102	77,3	297	13,2	1743
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	44	58,5	2789	54,2	1227	40,7	1633
	Fula/Mandinga	39,7	46,8	4766	47,1	1893	40	2230
	Brames	36,9	67,3	2560	63,8	944	35	1723
	Autres langues	32,5	67,9	1541	58,4	501	27,9	1046
Total		39,2	56,9	11656	53,7	4565	37	6632

** Indicateur MICS 72

**** Indicateur MICS 73

Tableau CP. 4: Discipline de l'enfant
 Pourcentage d'enfants âgés de 2-14 ans selon la méthode d'éducation (approche utilisée pour discipliner) de l'enfant,
 Guinée-Bissau, 2006 Pourcentage d'enfants de 2-14 ans qui ont subi :

		des punitions non violentes	des violences (ou punitions) psychologiques	Punition physique mineure	Punition physique sévère	Toute punition psychologique ou physique *	Pas de discipline ou punition	Manquant	Mère/personne en charge pense que l'enfant mérite d'être puni physiquement	Nombre d'enfants âgés de 2-14 ans**
Sexe	Masculin	14,1	66	70,6	28,7	80,6	3,9	1,3	25,7	2430
	Féminin	16,1	65,8	68,4	26,6	79,2	4	0,6	24,3	2369
Région	SAB Capital	15,3	70,9	71,7	27	83,1	1,2	0,4	22,9	1191
	EST (Bafata e Gabu)	14,8	67,9	72	29,6	81,7	2,6	0,9	30,3	1100
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	14,6	62	68,1	27,2	77,7	6,4	1,2	23,2	1892
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	16,8	64,4	65,4	27	77,5	4,1	1,6	25,1	615
Milieu	Urbain	15,3	69,3	71,4	26,6	82,3	1,5	0,9	23,7	1737
	Rural	15	64	68,5	28,3	78,6	5,3	1	25,7	3062
Age	2-4 ans	19,3	56,3	63,4	20	71,7	7	1,9	21,1	1256
	5-9 ans	13,1	68,5	73,4	29,9	83,3	2,9	0,8	25,7	1883
	10-14 ans	14,3	70,2	69,7	30,9	82,4	2,8	0,5	27,1	1659
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	14,9	65,8	70,4	28,7	79,6	4,6	1	26,6	3367
	Primaire	14,6	65,7	67,8	27,1	80,5	3,6	1,3	22	825
	Secondaire & +	18,3	64,9	67	22,2	80,2	1	0,5	18,6	533
	Programme non formel	12,5	73,1	62,8	32,5	86,1	0	1,5	29,5	50
	Manquant/NSP	3,9	92,1	73,6	14,6	95	0	1,1	31,9	24*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	14,3	65,1	68,2	28,1	78,8	6,2	0,7	27,1	1066
	Pauvre	15,1	64,6	68,7	30,5	78,4	5,3	1,1	26,7	953
	Moyen	15,6	63,8	69,2	27,2	79,2	3,6	1,5	25,9	884
	Riche	14,7	65,8	71,1	27	81	3,2	1	24,4	969
	Le plus riche	15,9	70,3	70,6	25,3	82,5	1	0,6	20,5	927
Langue maternelle	Balante	18	64,3	67	27,8	77	4,1	0,8	25,9	1275
	Fula/Mandinga	14,7	66,6	72,9	29,6	81,6	2,7	1	28,8	1673
	Brames	12,8	65,1	68,7	27,5	79,9	6	1,3	21,1	1121
	Autres langues	14,5	68,1	67,5	23,1	81,5	3,2	0,8	20,4	730
Total		15,1	65,9	69,5	27,6	79,9	4	1	25	4799

* Indicateur MICS 74

Tableau CP. 5: Mariage précoce et polygamie

Pourcentage de femmes de 15-49 ans mariées ou en union avant leur 15ème anniversaire, pourcentage de femmes de 20-49 ans mariées ou en union libre avant leur 18ème anniversaire, pourcentage de femmes âgées de 15-19 ans actuellement mariées ou en union libre, et pourcentage de femmes mariées ou en union ou union polygamique, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 15 ans *	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans	Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 18 ans*	Nombre de femmes âgées de 20-49 ans	Pourcentage de femmes de 15-19 ans mariées ou en union **	Nombre de femmes âgées de 15-19 ans	Pourcentage de femmes de 15-49 ans en mariage ou en union polygamique ***	Nombre de femmes de 15-49 ans mariées ou en union
Région	SAB Capital	5,8	2338	21	1754	8,4	584	32	983
	EST (Bafata e Gabu)	5,7	1751	28,8	1390	35,7	361	53,8	1384
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	10,1	3033	33,5	2405	25,8	628	53,1	2198
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	4,8	888	19,3	715	22,7	173	49,2	638
Milieu	Urbain	6,2	3232	22,8	2401	10,7	831	35,4	1488
	Rural	8,1	4778	30,2	3863	31,7	915	54,2	3715
Âge	15-19	4,5	1746	.	0	21,7	1746	32,1	379
	20-24	6,6	1669	24,1	1669	.	0	38,2	983
	25-29	7,4	1516	26,7	1516	.	0	47,5	1178
	30-34	9,4	1040	31	1040	.	0	51,7	886
	35-39	9,5	909	29,6	909	.	0	55,4	810
	40-44	9,3	624	26,8	624	.	0	60,5	543
	45-49	8,3	506	28,8	506	.	0	58,5	423
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	8,8	4557	31	3993	44,8	564	54,2	3802
	Primaire	6,2	2092	28,4	1197	10,8	894	38,8	899
	Secondaire & +	3,5	1254	11,2	997	6,2	257	21	428
	Programme non formel	10,1	98	27,8	69	47,1	28	54,8	70
	Manquant/NSP	0	9	17,6	7	9,6	2	63,3	5*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	8,5	1495	30,2	1214	28,4	280	52,3	1144
	Pauvre	8,2	1432	31,1	1149	30,9	283	51,3	1103
	Moyen	8,1	1489	30,6	1183	33	306	56	1123
	Riche	8,1	1624	28,3	1240	20,5	384	46,9	1006
	Le plus riche	4,5	1970	18,5	1477	6,6	493	33,5	828
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	8,6	1942	28,9	1529	20,8	413	54,2	1386
	Fula/Mandinga	7,9	2985	31,1	2320	31,1	665	52,9	2173
	Brames	7,8	1828	26,5	1430	13,6	398	39,6	969
	Autres langues	3,2	1255	17,3	984	11,7	270	38	676
Total		7,3	8010	27,3	6264	21,7	1746	48,8	5203

* Indicateur MICS 67 ** Indicateur MICS 68 *** Indicateur MICS 70

Tableau CP. 6: Différence d'âges entre conjoints

Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ans et 20-24 ans actuellement mariées ou en union selon l'écart d'âge avec leurs conjoints, Guinée-Bissau, 2006

	Pourcentage de femmes actuellement mariées/en union âgées de 15-19 ans dont le conjoint est :					Total	Nombre de femmes âgées de 15-19 ans actuellement mariées/en union	Pourcentage de femmes actuellement mariées/en union âgées de 20-24 ans dont le mari/partenaire est :					Total	Nombre de femmes âgées de 20-24 ans actuellement mariées/en union	
	Plus jeune	0-4 ans plus âgés	5-9 ans plus âgés	10+ ans plus âgés *	Age du conjoint/partenaire inconnu			Plus jeune	0-4 ans plus âgés	5-9 ans plus âgés	10+ ans plus âgés *	Age du conjoint/partenaire inconnu			
Région	SAB Capital	0	3,7	17	66,9	12,4	100	49	0,8	17,1	23,5	53,8	4,8	100	150
	EST (Bafata e Gabu)	1,8	12,5	31,6	49,4	4,7	100	129	0	13,2	30,5	49,8	6,6	100	281
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	0,9	15	18,7	50,2	15,2	100	162	1,2	15,4	23,7	44,5	15,2	100	446
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	0	24	25,2	41,3	9,5	100	39	3,1	20,3	13,3	49,9	13,4	100	106
Milieu	Urbain	0	6,8	19,2	58	16,1	100	89	0,7	17,6	24,7	50,6	6,4	100	231
	Rural	1,3	15,7	24,8	49,1	9	100	290	1,1	14,9	24,4	47,2	12,3	100	753
Âge	15-19	1	13,6	23,5	51,2	10,7	100	379	0	0	0	0	0	0	0*
	20-24	0	0	0	0	0	0	0	1	15,5	24,5	48	10,9	100	983
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	1,1	12,8	28,5	50,7	6,9	100	253	1,1	12,3	23,8	51,4	11,4	100	708
	Primaire	1,2	17,9	12,9	49,3	18,7	100	97	1	24,2	22,6	40	12,2	100	192
	Secondaire & +	0	13,1	9,7	61,8	15,4	100	16	0,5	24,6	34	36,4	4,5	100	70
	Programme non formel	0	0	20	60,6	19,4	100	13	0	11,3	44,7	44	0	100	12*
	Manquant/NSP	0	0	100	0	0	100	0	0	42,3	0	57,7	0	100	2*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	0	19,9	28,6	44,3	7,2	100	80	1,1	13,6	19,7	53,7	11,9	100	210
	Pauvre	1,4	10,4	31	46,8	10,4	100	87	1	18	25,5	42,1	13,4	100	231
	Moyen	1,1	10,1	23,7	53,5	11,7	100	101	0,9	15,1	20,8	51,2	12	100	211
	Riche	1,9	19,8	11,9	54,1	12,3	100	79	0,8	12,7	31,1	45,3	10,1	100	202
	Le plus riche	0	2,9	18,9	65,4	12,8	100	32	1,2	19,5	26,3	48,4	4,5	100	129
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	0	12,9	20,3	57,9	8,9	100	86	2,6	17,1	17	53	10,3	100	272
	Fula/Mandinga	1,9	11,3	23,5	55	8,3	100	207	0,5	11,6	27,7	51,6	8,5	100	419
	Bramas	0	19,6	28	31,6	20,8	100	54	0	20,5	29,2	35,3	15	100	192
	Autres langues	0	20,6	24,9	40,9	13,6	100	32	0,4	18,4	22,3	44	15	100	101
Total	1	13,6	23,5	51,2	10,7	100	379	1	15,5	24,5	48	10,9	100	983	

* Indicateur MICS 69

Tableau CP. 7: Excision/Mutilation génitale féminine (E/MGF)

Pourcentage de femmes 15-49 ayant eu une quelconque forme d'excision, répartition des femmes par type d'excision, par opinion concernant la continuation ou l'abandon de cette pratique selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Guinée-Bissau, 2006

	Pourcentage de femmes excisées *	Effectif des femmes âgées de 15-49 ans	Pourcentage of femmes excisées par type				Total	Avoir une forme extrême d'excision **	Effectif de femmes excisées	Pourcentage de femmes qui croient que la pratique de l'Excision doit:				Total	Effectif de femmes 15-49 ans ayant entendu parler de l'excision	
			Chair enlevée	Entaillée	Fermeture du vagin	ND/NSP				Continue ***	Discontinue	Dépend de la situation	NSP/Manquant			
Région	SAB Capital	32,1	2338	88,5	1,7	3,1	6,6	100	2,9	750	10,8	81,3	5,3	2,5	100	2265
	EST (Bafata e Gabu)	92,7	1751	96,8	0,4	2	0,8	100	2	1622	64,6	28,7	1,6	5,1	100	1718
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	28,7	3033	86,2	0,4	4,5	8,8	100	4,4	869	18,8	63,1	9,2	8,9	100	2921
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	36,3	888	87,9	1,3	5,9	4,9	100	5,8	323	31,8	46,1	9,9	12,1	100	631
Milieu	Urbain	39	3232	89,1	1,3	3,2	6,4	100	3	1261	14,9	76,1	5,8	3,2	100	3118
	Rural	48,2	4778	93	0,5	3,2	3,3	100	3,2	2303	37,1	47,5	6,8	8,6	100	4417
Âge	15-19	43,5	1746	92,6	0,8	2,4	4,2	100	2,3	760	25,2	64,1	4,7	6	100	1641
	20-24	43	1669	90,3	0,6	3,4	5,7	100	3,4	718	25,5	64	5,1	5,5	100	1579
	25-29	43,5	1516	91,5	0,8	3,1	4,6	100	2,7	660	27,1	61,6	6,4	4,9	100	1439
	30-34	46,5	1040	93,4	0,5	3,6	2,5	100	3,6	483	29,3	55,1	7,8	7,8	100	976
	35-39	48,6	909	92,2	0,6	3,9	3,3	100	3,9	442	34,6	49,7	8,5	7,2	100	837
	40-44	47,4	624	90,7	0,4	3,6	5,3	100	3,6	296	34,6	50,4	6,1	8,9	100	590
	45-49	40,7	506	89,3	2,2	3,4	5,1	100	3,4	206	25,4	56,9	10,2	7,5	100	473
	Sans niveau	54,4	4557	92,9	0,6	3,3	3,2	100	3,2	2481	40,3	44,4	7,4	7,9	100	4256
Niveau d'instruction de la femme	Primaire	34,5	2092	88,9	1,2	1,8	8,1	100	1,8	721	14,5	74,2	5,5	5,9	100	1948
	Secondaire & +	21,3	1254	86,2	1,7	6,1	6,1	100	5,8	267	3,6	90,8	3,5	2	100	1225
	Programme non formel	91,8	98	95,7	0	3,1	1,2	100	3,1	90	62	17,6	14,6	5,7	100	97
	Manquant/NSP	55,3	9	100	0	0	0	100	0	5	38,9	61,1	0	0	100	9*
E/MGF	N'a pas été excisée	0	4446	0	0	0	0	0	.	0	2,3	83,9	6,3	7,5	100	3980
	A été excisée	100	3564	91,7	0,8	3,2	4,4	100	3,1	3564	56,8	31,6	6,5	5,1	100	3555
	Le plus pauvre	28,2	1495	91,3	0,4	3,6	4,7	100	3,6	422	26,1	56	7,7	10,1	100	1302
Quintiles de l'indice de richesse	Pauvre	50,3	1432	92,7	0,5	4,2	2,6	100	4	721	39,3	46	7	7,7	100	1341
	Moyen	61,1	1489	93,1	0,7	2,7	3,5	100	2,7	910	42,2	44	6,2	7,6	100	1418
	Riche	49,2	1624	89,8	0,6	3,4	6,3	100	3,2	799	27,5	61	6,2	5,3	100	1561
	Le plus riche	36,1	1970	91,1	1,6	2,4	4,9	100	2,4	712	11	80,9	5,2	2,9	100	1913
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	6,2	1942	74,2	1	5,4	19,4	100	5,4	120	4,3	79,7	7,9	8,1	100	1773
	Fula/Mandinga	95,2	2985	94,9	0,5	2,9	1,8	100	2,8	2841	59,5	30	6,1	4,4	100	2956
	Brames	6,5	1828	48,1	3,6	3,1	45,2	100	3,1	119	3,5	82,9	5,6	8	100	1702
	Autres langues	38,5	1255	88	1,6	4,7	5,7	100	4,7	483	19,3	68,4	5,9	6,4	100	1104
Total	44,5	8010	91,7	0,8	3,2	4,4	100	3,1	3564	27,9	59,3	6,4	6,4	100	7535	

* Indicateur MICS 63

** Indicateur MICS 64

*** Indicateur MICS 66

Tableau CP. 8: Excision/Mutilation génitale féminine (E/MGF) chez les filles
 Pourcentage de femmes ayant au moins une fille vivante ayant subi l'excision et le pourcentage par type d'excision de la fille,
 Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage des femmes dont les filles:							Total	Fille ayant subi une forme extrême d'excision	Effectif des femmes 15-49 ans ayant au moins une fille vivante qui a été excisée
		Fillles excisées *	Effectif de femmes âgées de 15-49 ans	Chair enlevée	Entaillée	Fermeture du vagin	ND/NSP				
Région	SAB Capital	21,4	1086	87,4	1,1	6,4	5,2	100	6,4	232	
	EST (Bafata e Gabu)	75,9	1110	93,9	0,7	2,2	3,2	100	2,2	843	
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	19,8	1835	70,5	0,4	1,6	27,4	100	1,6	364	
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	26,9	544	80,3	1,5	4,6	13,6	100	4,6	146	
Milieu	Urbain	26,5	1547	88,3	1	4,6	6,1	100	4,6	410	
	Rural	38,8	3028	85,6	0,7	2,3	11,4	100	2,3	1176	
Âge	15-19	18,2	230	68,9	0	0	31,1	100	0	(42)	
	20-24	23,2	720	79,2	1,5	3,1	16,3	100	3,1	167	
	25-29	31,4	1012	83,7	0	3,7	12,5	100	3,7	318	
	30-34	38,2	837	87,7	1,6	2,3	8,4	100	2,3	320	
	35-39	41,6	779	91,8	0,8	1,4	6	100	1,4	324	
	40-44	44,4	548	87,9	0	5,1	7	100	5,1	243	
Niveau d'instruction de la femme	45-49	38	449	87,2	1,5	2,3	8,9	100	2,3	171	
	Sans niveau	42,1	3125	86,6	0,9	2,5	10,1	100	2,5	1314	
	Primaire	22,8	881	85,1	0,6	4,3	9,9	100	4,3	200	
	Secondaire & +	7,8	509	82,7	0	6,4	11	100	6,4	(40)	
	Programme non formel	50,1	54	87,4	0	5,1	7,5	100	5,1	(27)	
	Manquant/NSP	61	6	100	0	0	0	100	0	4*	
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	25,5	968	78,9	1,4	3,4	16,3	100	3,4	247	
	Pauvre	40	884	84,7	1,1	1	13,3	100	1	353	
	Moyen	45,9	947	89,3	0,6	2,2	7,9	100	2,2	435	
	Riche	37,5	903	88,8	0	3	8,3	100	3	339	
	Le plus riche	24,2	873	87,7	1,3	6,6	4,4	100	6,6	211	
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	6,5	1101	33,9	3,4	0	62,7	100	0	71	
	Fula/Mandinga	74	1782	91,1	0,4	2,8	5,8	100	2,8	1318	
	Brames	3,4	1027	28,2	7,2	1,3	63,2	100	1,3	(35)	
	Autres langues	24,2	665	83,3	1,4	5,3	10	100	5,3	161	
Total		34,7	4575	86,3	0,8	2,9	10	100	2,9	1586	

* Indicateur MICS 65

Tableau CP. 9: Attitudes face à la violence domestique

Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui croient qu'un mari a le droit de battre sa femme/partenaire dans les diverses circonstances, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage de femmes qui croit qu'un mari a le droit de battre sa femme						Nombre des femmes de 15-49 ans
		Quand elle sort sans l'avertir	Quand elle néglige les enfants	Quand elle argumente avec lui	Quand elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui	Quand elle brûle la nourriture	Pour n'importe quelle de ces raisons*	
Région	SAB Capital	23,3	35,1	37	18,1	15,4	51,9	2338
	EST (Bafata e Gabu)	31,8	29	43,7	35,6	17,9	52,5	1751
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	20	18,3	29,7	27,7	4,3	47	3033
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	30,5	29,8	45,8	43,6	20,4	63,4	888
Milieu	Urbain	23,9	31,2	36,4	21	13,9	52	3232
	Rural	25,2	23,8	36,9	33,4	11,2	51,1	4778
Âge	15-19	19,8	23,1	29,8	22,1	11,8	41,3	1746
	20-24	23,6	26,2	34,7	26,8	11,3	50,8	1669
	25-29	25,7	30,1	40,4	33,2	11,2	57	1516
	30-34	27,6	29,3	42,2	31,1	12,2	57,2	1040
	35-39	28,4	27,6	39,1	31,5	13,2	55,2	909
	40-44	27,6	25,1	38,2	29,1	15,5	53,8	624
Statut matrimonial	45-49	25,8	27,1	38,6	28,8	15,4	51,2	506
	Marié /En union	28,2	27,9	40,9	34,2	12,6	57,2	5203
	A été marié/En union	22,5	28,4	33,1	21,4	10,3	45,2	487
	N'a jamais été marié/En union	17,3	24	27,9	16,9	12	39,9	2319
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	27,9	26,6	40,7	36,4	12,6	55,7	4557
	Primaire	24,1	28,1	32,5	20,9	13	47,9	2092
	Secondaire & +	13,7	25,3	28,7	10	9,8	41	1254
	Programme non formel	28,3	23,7	39,9	50,8	12,7	67,2	98
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	49,8	37,4	49,5	42,4	24,8	56,9	9*
	Le plus pauvre	22,1	21,6	36,3	37,1	9,4	52,2	1495
	Pauvre	27,1	25,3	39,7	34,8	12,6	54,8	1432
	Moyen	26,3	24,5	37,6	32,7	12,5	50,7	1489
	Riche	27,2	28,7	37,2	25,5	12,5	49,8	1624
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	21,7	32,1	33,7	16,2	13,9	50,4	1970
	Balante	21,1	21,8	34,5	31,5	8,7	51,2	1942
	Fula/Mandinga	30,1	29,2	42,7	37,3	15,5	56,7	2985
	Brames	20,1	21,5	25,5	12	9,1	38,3	1828
Total	Autres langues	24,3	36,4	42,2	26,2	14,9	58,7	1255
		24,7	26,8	36,7	28,4	12,3	51,5	8010

* Indicateur MICS 100

Table HA. 1: Connaissances en matière de prévention de la transmission du VIH
 Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans connaissant deux principaux moyens de prévention de la transmission du VIH,
 Guinée-Bissau, 2006

		A entendu parlé du SIDA	Pourcentage de celles connaissant la prévention par :			Connait tous les trois modes	Connait au moins un mode	Ne connaît aucun mode	Nombre de femmes
			Avoir un partenaire sexuel non infecté et n'ayant pas d'autre partenaire	Utilise le condom chaque fois	Abstinence sexuelle				
Région	SAB Capital	95,3	78,7	75,1	61,8	52,3	86,1	13,9	2338
	EST (Bafata e Gabu)	66,2	38,8	33,5	28,7	22,2	43,1	56,9	1751
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	67,9	49,6	45,9	32,6	28,1	53,6	46,4	3033
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	39,7	25,5	24,9	15,8	11,9	30	70	888
Milieu	Urbain	91,6	75,3	71	55,9	47,2	81,8	18,2	3232
	Rural	59,4	38	34,8	26,5	21,9	42,2	57,8	4778
Âge	15-19	76	57,4	53,7	40,6	34	62,1	37,9	1746
	20-24	78,5	59,7	55,2	43,7	36,6	65,1	34,9	1669
	25-29	72,8	53,6	50,8	37,7	32,6	58,4	41,6	1516
	30-34	71,8	51,9	49,6	37,1	31,6	57,2	42,8	1040
	35-39	68,5	46,8	41,9	35,8	28,3	52,9	47,1	909
	40-44	64,6	43,1	40	32,6	26,9	48,1	51,9	624
Niveau d'instruction de la femme	45-49	56,8	40,2	36	29,5	23,3	44,7	55,3	506
	Sans niveau	59,5	37,9	33,8	26,5	20,7	42,6	57,4	4557
	Primaire	85,7	69	65,8	50,4	43,7	74,1	25,9	2092
	Secondaire & +	98,3	83,8	80,6	63,3	55,8	90,2	9,8	1254
	Programme non formel	56,7	25	23,5	12,9	9,7	30,1	69,9	98
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	75,7	65,9	68,4	42,4	42,4	68,4	31,6	9*
	Le plus pauvre	45,3	26,3	22,9	15,9	12,4	29,3	70,7	1495
	Pauvre	60,4	37,4	33,1	25,2	20,9	41,1	58,9	1432
	Moyen	67,1	44,3	42,1	32,6	26,2	49,7	50,3	1489
	Riche	85,2	67,9	64,5	49,5	42,3	74,4	25,6	1624
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	95,1	79,1	74,4	60,3	51,1	85,5	14,5	1970
	Balante	62,9	44,2	41,4	30,6	26,3	48,2	51,8	1942
	Fula/Mandinga	68	44,3	39,8	32,3	25,2	49,6	50,4	2985
	Brames	89,1	72,4	69,7	52,9	46,3	78,3	21,7	1828
Total	Autres langues	73,1	59,4	55	43,9	36,7	64,8	35,2	1255
		72,4	53,1	49,4	38,4	32,1	58,2	41,8	8010

Table HA. 2 Identification des idées fausses sur le VIH/SIDA
 Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans identifiant correctement les idées erronées sur le VIH/SIDA,
 Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage de celles qui savent que :			Rejette deux idées erronées et admet qu'une personne paraissant en bonne santé peut être infectée	Le VIH ne peut être transmis par des moyens surnaturels	Le VIH peut être transmis par injection par piqûre d'une aiguille déjà utilisée	Nombre de femmes
		Le VIH ne peut être transmis en partageant son repas avec une personne atteinte du SIDA	Le VIH ne peut être transmis par piqûre de moustiques	Une personne paraissant en bonne santé et malade du SIDA				
Région	SAB Capital	65,8	57,9	59,9	32,9	73	86,6	2338
	EST (Bafata e Gabu)	27,6	22,7	21,8	13,4	33,2	39,7	1751
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	31,7	30,6	35,3	13,3	41,4	46,1	3033
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	17	15,3	12,1	4,6	21,4	27,1	888
Milieu	Urbain	61,2	55,2	56,7	31,2	70	80,2	3232
	Rural	24,2	21,6	23,6	9,2	30,8	37	4778
Âge	15-19	42,3	41	39,9	21,4	51,3	57,9	1746
	20-24	44,7	38,4	42,9	20	52,9	60,6	1669
	25-29	41	36,5	38	19,6	46,8	55	1516
	30-34	37,2	34,9	35,9	18,1	45,2	53,1	1040
	35-39	33	28,2	32	13,5	41,2	49,8	909
	40-44	31,6	25,6	29,4	12,3	37,4	46,5	624
	45-49	28,1	25,1	24,6	11,2	33,4	41,5	506
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	23,3	20,4	22,1	8,2	29,2	37,5	4557
	Primaire	51,9	49	49,7	25,7	62,9	70,1	2092
	Secondaire & +	77	67,6	71,8	42,4	84,8	91,7	1254
	Programme non formel	17,7	12,1	10,8	4,9	23,6	27,5	98
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	35,8	38,7	26,4	13,9	58,8	68,4	9*
	Le plus pauvre	15	15,9	14,5	5,1	19,3	24,6	1495
	Pauvre	22,4	22,5	22,3	9	31,1	35,6	1432
	Moyen	29,9	25,9	28,4	11	38,1	44,8	1489
	Riche	48,8	43	48,5	25	58,8	69,4	1624
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	68,7	59,4	61,6	34,1	75,1	85,8	1970
	Balante	28,9	27,9	29,2	13,1	39,1	44,4	1942
	Fula/Mandinga	32	26,7	28,7	14,2	37,6	44,7	2985
Langue maternelle du chef de ménage	Brames	55	50,4	57,3	27	65,2	74,2	1828
	Autres langues	48,6	44,4	39,1	21,9	52,6	64,5	1255
Total		39,1	35,2	37	18,1	46,6	54,4	8010

Table HA. 3: Connaissances générales sur la transmission du VIH/SIDA
 Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant des connaissances générales sur la transmission du VIH/SIDA,
 Guinée-Bissau, 2006

		Connaissent deux méthodes pour prévenir la transmission du VIH	Identifient 3 idées fausses sur la transmission du VIH	Ont une connaissance exhaustive (identifient 2 méthodes de prévention et 3 idées fausses) *	Nombre de femmes
Région	SAB Capital	70,8	32,9	28	2338
	EST (Bafata e Gabu)	32,3	13,4	12,3	1751
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	42,7	13,3	11,9	3033
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	21,5	4,6	3,7	888
Milieu	Urbain	67,2	31,2	27	3232
	Rural	32,1	9,2	8,2	4778
Age	15-19	50,6	21,4	18,5	1746
	20-24	51,9	20	16,9	1669
	15-24	51,2	20,7	17,7	3415
	25-29	47,6	19,6	17,7	1516
	30-34	46,4	18,1	15,7	1040
	35-39	39	13,5	11,8	909
	40-44	37	12,3	11,3	624
	45-49	33,1	11,2	9,6	506
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	31,1	8,2	7,1	4557
	Primaire	62,3	25,7	22,9	2092
	Secondaire & +	76,7	42,4	36,3	1254
	Programme non formel	18,4	4,9	3,4	98
	Manquant/NSP	65,9	13,9	13,9	9*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	21	5,1	4,3	1495
	Pauvre	30,9	9	7,8	1432
	Moyen	38,5	11	9,9	1489
	Riche	60,4	25	22,7	1624
	Le plus riche	70,9	34,1	29	1970
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	38,7	13,1	11,6	1942
	Fula/Mandinga	37,4	14,2	12,6	2985
	Brames	65,7	27	23,6	1828
	Autres langues	50,9	21,9	18,3	1255
Total		46,3	18,1	15,8	8010

* Indicateur MICS r 82;
 Indicateur OMD 19b

Table HA. 4: Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH

Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant correctement identifiées les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant, Guinée-Bissau, 2006

		Connaît que le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant	Pourcentage connaissant que le SIDA peut être transmis :				Ne connaît aucun mode spécifique	Nombre de femmes
			Pendant la grossesse	A l'accouchement	A travers l'allaitement	Tous les trois modes *		
Région	SAB Capital	89,2	84	79,6	69,1	60,3	6,1	2338
	EST (Bafata e Gabu)	41,9	37,6	35,5	34,1	31	24,3	1751
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	52,1	46,1	43,5	44,4	35,2	15,8	3033
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	29,9	26,1	21,6	23,7	16,5	9,8	888
Milieu	Urbain	84,1	78,4	74	66,5	57,7	7,5	3232
	Rural	40,7	36	33,5	33,9	27,2	18,7	4778
Âge	15-19	61	56,5	51,7	49,1	42	15	1746
	20-24	65,3	58,8	56,5	53,5	45	13,2	1669
	25-29	59,4	54,5	51,9	48,4	41,1	13,4	1516
	30-34	58,4	52,3	48,9	46,8	38,5	13,5	1040
	35-39	53,2	47,4	43,8	40,8	32,5	15,3	909
	40-44	48,3	44,6	44	39,8	35,4	16,3	624
Niveau d'instruction de la femme	45-49	43,2	40,3	35,1	35,7	28,2	13,6	506
	Sans niveau	41	36,2	33,4	33,6	26,9	18,5	4557
	Primaire	74,2	69,1	64,4	61,6	52,7	11,5	2092
	Secondaire & +	96,2	89,7	86,9	73	64,2	2,2	1254
	Programme non formel	31,6	27	27,2	30,9	26	25,1	98
	Manquant/NSP	68,4	68,4	68,4	58,4	58,4	7,4	9*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	28	24,8	21,7	23,5	18	17,3	1495
	Pauvre	39,2	34,7	31	32	25,4	21,2	1432
	Moyen	48,5	42,1	40,2	40	31,9	18,7	1489
	Riche	72,7	67,5	63,3	60	51	12,5	1624
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	90,5	84,4	81,1	70,6	62,4	4,6	1970
	Balante	47,8	43,8	39,6	39,3	32	15,1	1942
	Fula/Mandinga	48,4	44,1	41,9	39,2	34,6	19,6	2985
	Brames	79,4	71,8	67,3	66,8	54	9,7	1828
Total	Autres langues	66,9	61,5	59,1	49,3	41,7	6,2	1255
		58,2	53,1	49,8	47,1	39,5	14,2	8010

* Indicateur MICS 89

Table HA. 5: Attitudes face aux personnes vivant avec le VIH/SIDA

Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant entendu parlé du SIDA et exprimant une attitude discriminatoire vis à vis des personnes vivants avec le VIH/SIDA, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage de femmes ayant :						Nombre de femmes ayant entendu parlé du SIDA
		Ne prendrait pas soin d'un membre du ménage malade du SIDA	Si un membre du ménage a le SIDA, aimerait le garder secret	Une femme enseignante ayant contractée le VIH sans être malade du SIDA ne devrait pas être autorisée à enseigner à l'école	N'achèterait pas des légumes frais à un marchand/ vendeur malade du SIDA	D'accord avec au moins une attitude discriminatoire	Pas d'accord avec l'attitude discriminatoire *	
Région	SAB Capital	10,3	55,4	31,8	44,8	78,1	21,9	2228
	EST (Bafata e Gabu)	17,7	37,4	45,1	39,4	66,7	33,3	1159
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	31,8	34,5	48	53,6	76	24	2059
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	30,2	28	59	64,6	79,8	20,2	352
Milieu	Urbain	13	53,5	37,1	45	79,1	20,9	2959
	Rural	28,6	31,5	46,8	51,2	71,1	28,9	2840
Âge	15-19	21,8	47,5	43	49,9	78,6	21,4	1327
	20-24	19	44	41,6	47,9	75,7	24,3	1310
	25-29	19,9	42,3	36,7	45,4	72,3	27,7	1103
	30-34	21,8	41,7	46,6	48,1	75,6	24,4	747
	35-39	20,4	37,4	43,4	49,2	73,9	26,1	622
	40-44	18,7	37,4	41,2	47,6	72,2	27,8	403
Niveau d'instruction de la femme	45-49	25,6	37,8	42,7	48,5	74,1	25,9	288
	Sans niveau	24,9	34,4	42,9	48,8	70,4	29,6	2713
	Primaire	20,4	48,3	43	49,9	80,2	19,8	1792
	Secondaire & +	11,5	53,4	38	44,2	79,4	20,6	1233
	Programme non formel	21,7	32	33,1	39	53,5	46,5	55
	Manquant/NSP	13,3	47,2	90,3	49,4	90,3	9,7	7*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	32,6	27,3	44,2	51,3	66,9	33,1	678
	Pauvre	25,2	30,1	43	46,8	68,3	31,7	865
	Moyen	24	37,4	50,2	53,2	75,7	24,3	1000
	Riche	22,3	45,4	43,7	46,1	76,3	23,7	1384
	Le plus riche	11,1	55	34,7	46,1	80,2	19,8	1873
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	21,2	41,4	44,1	45,4	72,3	27,7	1223
	Fula/Mandinga	18,4	40,7	39	41,4	68,4	31,6	2030
	Brames	25,2	47,9	43,9	58,5	87,3	12,7	1629
	Autres langues	16,5	39,7	41,6	47,7	72,6	27,4	917
Total		20,6	42,7	41,8	48	75,2	24,8	5799

* Indicateur MICS 86

Table HA. 6: Connaissance d'un centre de dépistage du VIH

Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans connaissant un endroit pour effectuer le test du VIH, pourcentage de femmes ayant effectué le test et, pour celles ayant effectué le test pourcentage de celles ayant reçu les résultats, Guinée-Bissau, 2006

		Connaît un endroit ou se rendre pour effectuer le test *	A effectué le test **	Nombre de femmes	Si test effectué, a obtenu les résultats	Nombre de femmes ayant effectué le test du VIH
Région	SAB Capital	30,3	14,5	2338	88,5	339
	EST (Bafata e Gabu)	10,4	0,7	1751	80,5	12*
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	14,8	4	3033	62	122
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	5,3	1,1	888	58,7	10*
Milieu	Urbain	27,1	11,5	3232	85,5	371
	Rural	10,7	2,3	4778	65,9	111
Âge	15-19	13,1	2,6	1746	63,1	(46)
	20-24	21,3	6,3	1669	83,8	105
	25-29	20,9	10,4	1516	84,3	157
	30-34	17,4	7,9	1040	83,6	82
	35-39	17,2	5,2	909	77,3	(48)
	40-44	12,9	4	624	82,2	(25)
Niveau d'instruction de la femme	45-49	13,7	3,8	506	78	19*
	Sans niveau	9,3	2,8	4557	72,2	126
	Primaire	18,6	5,6	2092	75,7	117
	Secondaire & +	45	18,6	1254	89,1	233
	Programme non formel	8,3	6,4	98	58,8	6*
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	19,6	0	9	.	0*
	Le plus pauvre	5,6	1,7	1495	72,1	(25)
	Pauvre	9,4	1,8	1432	44	(25)
	Moyen	12,3	2	1489	62,6	(30)
	Riche	19,2	7	1624	78	113
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	34,2	14,6	1970	88,2	288
	Balante	13,7	4,4	1942	76,9	85
	Fula/Mandinga	12,7	4,2	2985	78,4	127
	Brames	26,5	9	1828	77,3	165
Total	Autres langues	20,6	8,5	1255	93,2	106
		17,3	6	8010	81	482

* Indicateur MICS 87

** Indicateur MICS 88

Table HA. 7: Dépistage du VIH et prise en charge psychologique lors des visites prénatales

Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant une naissance vivante au cours des deux dernières années précédant l'enquête et ayant effectué le test du VIH et reçu des conseils lors des visites prénatales, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage de femmes ayant :				Nombre de femmes ayant donné une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête
		A reçu des soins prénatals d'un centre professionnel de santé lors de la dernière grossesse	A reçu des informations sur la prévention du VIH durant les visites prénatales *	A effectué le test du VIH lors des visites prénatales	A reçu les résultats du test du VIH lors des visites prénatales **	
Région	SAB Capital	84,2	58,2	26,7	24	498
	EST (Bafata e Gabu)	64	17,8	0,9	0,8	612
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	82	47,1	6,5	4,7	1124
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	80,8	32,6	1,5	0,3	271
Milieu	Urbain	87	53,7	20,4	17,8	722
	Rural	74,3	35,2	3,9	2,8	1784
Âge	15-19	74,9	35,9	5,9	4,8	331
	20-24	82,7	40,8	7,8	6,8	675
	25-29	77,1	40,3	9,5	7,5	699
	30-34	76,2	44,2	11,8	10,4	414
	35-49	75,4	40,7	7,3	5,4	386
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	74,9	34,4	5,2	4	1711
	Primaire	82,2	50,6	10,9	8,9	518
	Secondaire & +	92,4	65,1	29,5	26,1	238
	Programme non formel	64,6	28,7	3,4	3,4	(36)
Quintiles de l'indice de richesse	Manquant/NSP	64,5	0	0	0	3*
	Le plus pauvre	76,3	31,3	3,8	2,8	543
	Pauvre	76,3	35,4	3	1,6	576
	Moyen	69,7	33,6	3,5	2,9	529
	Riche	81,7	49,9	12,2	10,7	481
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	89,3	59,6	26,8	23,2	377
	Balante	79,9	42	7,8	5,9	657
	Fula/Mandinga	71,4	28,1	5,8	5	1013
	Brames	86,4	59	13,2	10,6	529
	Autres langues	80,5	46,8	11,8	10,9	306
Total		77,9	40,6	8,6	7,1	2506

* Indicateur MICS 90

** Indicateur MICS 91

Table HA. 8: Comportement sexuel favorisant le risque d'infection au VIH

Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15-19 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans, pourcentage de jeunes femmes âgées de 20-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant 18 ans et pourcentage de jeunes femmes âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un homme âgé de 10 ans ou plus qu'elle, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage de femmes âgées de 15-19 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans*	Nombre de femmes âgées de 15-19 ans	Pourcentage de femmes âgées de 20-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant 18 ans	Nombre de femmes âgées de 20-24 ans	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec un homme âgé de 10 ans ou plus qu'elle**	Nombre de femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête
Région	SAB Capital	28,1	584	68,8	538	18,8	849
	EST (Bafata e Gabu)	13,8	361	63,5	352	36,8	422
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	20,3	628	63,6	623	29,4	752
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	23,3	173	55,4	155	28,7	209
Milieu	Urbain	25,1	831	68,2	714	19,8	1113
	Rural	18,9	915	61,7	955	33,5	1120
Âge	15-19	21,8	1746	.	0	19,8	976
	20-24	.	0	64,5	1669	32,1	1257
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	20,1	564	64,2	860	40,9	931
	Primaire	23,4	894	69	418	17,2	795
	Secondaire & +	19,2	257	60,9	366	14,2	470
	Programme non formel	35,1	28	50,1	22	34,2	(32)
	Manquant/NSP	0	2	76,8	3	25,8	4*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	16,2	280	59,2	253	35,9	306
	Pauvre	16,7	283	64	297	33,4	339
	Moyen	21,9	306	66,1	302	34	382
	Riche	25,6	384	66,2	357	23,9	512
	Le plus riche	25	493	65,4	459	17,5	694
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	19,2	413	64,1	393	30,9	495
	Fula/Mandinga	23,5	665	63,1	598	33,9	828
	Brames	16,3	398	63,6	417	18,4	536
	Autres langues	29,9	270	69,6	260	17,4	375
Total		21,8	1746	64,5	1669	26,7	2233

* Indicateur MICS 84

** Indicateur MICS 92

Table HA. 9: Utilisation d'un préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque

Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels à haut risque au cours de l'année écoulée et ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à haut risque, Guinée-Bissau, 2006

		Ont déjà eu des rapports sexuels	Ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Ont eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois	Nombre de femmes âgées de 15-24 ans	Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire sans être marié à lui, non-cohabitant *	Nombre de femmes âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Pourcentage de femmes ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels avec un partenaire non marié à celui ci ou non cohabitant **	Nombre de femmes âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire non marié à celui ci ou non cohabitant
Région	SAB Capital	82,4	75,6	10,7	1123	82,5	849	50,1	700
	EST (Bafata e Gabu)	81,3	59,2	3,8	713	39	422	23,5	165
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	79,8	60,1	2,5	1252	50	752	28,8	376
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	81,2	63,9	7,4	328	53,6	209	23,8	112
Milieu	Urbain	81,1	72	9	1546	80	1113	48,5	890
	Rural	81,1	59,9	3,5	1870	41,3	1120	20,1	463
Âge	15-19	67,1	55,9	5,3	1746	74,4	976	36,4	726
	20-24	95,8	75,3	6,7	1669	49,9	1257	41,5	627
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	88,2	65,4	4	1424	31,9	931	17,3	297
	Primaire	72,2	60,6	5,7	1312	77,9	795	40,5	620
	Secondaire & +	83,5	75,4	11	623	89,5	470	52	421
	Programme non formel	81,6	63,7	6,6	51	44,4	32	23,4	14*
	Manquant/NSP	100	67	0	5	32,1	4	0	1*
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	77,4	57,2	2,6	534	35,5	306	12,1	109
	Pauvre	80,9	58,5	3,7	579	40,3	339	14,7	137
	Moyen	84,3	62,8	4,4	608	51,8	382	26	198
	Riche	82,6	69,1	6	741	64,3	512	39,2	329
	Le plus riche	80,1	72,8	10,1	953	83,7	694	53,5	580
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	79,1	61,4	4,7	806	53,6	495	32,8	265
	Fula/Mandinga	82,7	65,5	6,6	1263	49,5	828	35,1	410
	Brames	80	65,7	6,3	816	72,9	536	46,3	390
	Autres langues	82	70,6	5,8	531	76,8	375	39,2	288
Total		81,1	65,4	6	3415	60,6	2233	38,8	1353

* Indicateur MICS 85

** Indicateur MICS 83;
Indicateur OMD 19a

Table HA. 10: Conditions d'accueil des enfants et orphelinat

Distribution en pourcentage d'enfants âgés de 0-17 ans, dans le ménage ne vivant pas avec un parent biologique et pourcentage d'enfants orphelins, Guinée-Bissau

		Vit avec les deux parents	Vit avec aucun des parents				Vit avec la mère seulement		Vit avec le père seulement		Impossible à déterminer	Total	Ne vit pas avec les parents biologiques *	Un ou les deux parents décédés **	Nombre d'enfants
			Seul le père est en vie	Seule la mère est en vie	Les deux sont en vie	Les deux sont décédés	Père en vie	Père décédé	Mère en vie	Mère décédée					
Sexe	Masculin	62,3	1,2	2,5	11,9	1,3	10	5	2,9	1,3	1,7	100	16,9	11,4	10659
	Féminin	57,5	1,4	2,5	15,6	1,5	11,1	4,3	2,6	1,2	2,2	100	21	11,2	10321
Région	SAB Capital	48,4	1,7	3,4	18,4	1,9	15,7	5,5	2,4	1,1	1,4	100	25,4	13,9	4593
	EST (Bafata e Gabu)	76,1	0,5	1,1	7,5	1,1	6	2,5	1,3	1,2	2,8	100	10,1	6,5	5486
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	55,4	1,4	2,9	14,9	1,4	10,8	6	4	1,3	1,9	100	20,7	13,3	8615
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	61,7	1,6	2,3	15	1	10,2	3	2,3	1,6	1,3	100	19,9	9,8	2287
	Urbain	50,1	1,8	3,3	17,9	1,9	14,9	5,3	2	1,3	1,5	100	25	13,7	6981
Age	Rural	64,9	1	2	11,6	1,2	8,4	4,3	3,1	1,3	2,2	100	15,8	10	13999
	0-4 ans	67,6	0,7	0,6	8,1	0,4	15,5	3,1	2,3	0,5	1,2	100	9,8	5,4	6694
	5-9 ans	61,9	1,1	2,1	15,4	0,8	9,3	3,8	3,2	1,1	1,2	100	19,4	9,1	6212
	10-14 ans	55,6	1,6	3,8	16,8	1,8	7,8	6,1	3,1	1,9	1,6	100	24	15,4	5444
	15-17 ans	44,8	2,5	5,5	17,5	4,6	6,7	7,5	2,3	2,1	6,4	100	30,2	22,8	2630
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	61,3	1,1	2,6	14,4	1,3	7,8	5,1	3,2	1,2	2,2	100	19,3	11,4	4208
	Pauvre	64,4	1,1	2	12,4	1,3	8,5	3,5	3,2	1,6	1,8	100	16,9	10	4376
	Moyen	65,2	0,9	2	10	1,1	9	5,2	2,6	1,2	2,7	100	14	10,6	4381
	Riche	60,8	1,2	2,1	12,6	1,4	12,3	4,6	2,7	1,1	1,3	100	17,2	10,4	4255
Langue maternelle du chef de ménage	Le plus riche	46,1	2,3	3,9	20,1	2,1	15,9	4,8	1,9	1,2	1,8	100	28,3	14,4	3760
	Balante	53,2	1,3	4	21,4	1,4	8,1	3,5	4,1	1,3	1,8	100	28	11,6	5171
	Fula/Mandinga	72,6	0,8	1,3	8	1,4	7,1	3,8	1,4	1,4	2,3	100	11,5	8,8	8389
Total	Brames	49,6	1,5	2,1	13	1,6	17,4	7,7	3,6	1,4	2,2	100	18,2	14,7	4622
	Autres langues	51,5	2,4	3,7	18	1,2	14,4	4,4	2,8	0,7	1	100	25,2	12,4	2798
		59,9	1,3	2,5	13,7	1,4	10,6	4,6	2,7	1,3	1,9	100	18,9	11,3	20980

* Indicateur MICS 78

** Indicateur MICS 75

Table HA. 11: Prévalence de l'orphelinat et de la vulnérabilité chez les enfants
 Pourcentage d'enfants âgés de 0-17 ans orphelins ou vulnérables, Guinée-Bissau, 2006

		Malade chronique	Adulte membre du ménage décédé	Adulte membre du ménage malade chronique	Enfant vulnérable *	Un ou tous les deux parents décédés **	Enfants orphelins et vulnérables	Nombre d'enfants âgés de 0-17 ans
Sexe	Masculin	0,9	2,7	7,2	10	11,4	19,5	10659
	Féminin	0,8	2,9	7,1	10	11,2	19,1	10321
Région	SAB Capital	1,2	4,8	11,4	16,3	13,9	26,6	4593
	EST (Bafata e Gabu)	0,5	1,5	4	5,9	6,5	11,3	5486
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	0,9	2,2	5,9	8,2	13,3	20,1	8615
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	1	4,4	10,8	14,3	9,8	21,1	2287
Milieu	Urbain	1,2	4,3	10	14,5	13,7	25,3	6981
	Rural	0,7	2,1	5,7	7,8	10	16,3	13999
Age	0-4 qns	0,4	2,6	6,7	9	5,4	13,5	6694
	5-9 ans	1	2,5	6,9	9,5	9,1	17,2	6212
	10-14 ans	1	3,3	7,3	10,7	15,4	23,2	5444
	15-17 ans	1,4	3,3	8,4	12,2	22,8	30,9	2630
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	0,6	2,2	5	7,1	11,4	17,1	4208
	Pauvre	0,7	1,4	5,2	6,8	10	15,4	4376
	Moyen	0,9	3	6,6	10	10,6	18,7	4381
	Riche	0,7	3,6	8,5	12,1	10,4	20,4	4255
	Le plus riche	1,5	3,9	10,9	14,7	14,4	25,9	3760
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	0,9	3,9	7	10,5	11,6	19,8	5171
	Fula/Mandinga	0,6	2,1	7,2	9,3	8,8	16,6	8389
	Brames	1,4	3	6,6	10,2	14,7	22,6	4622
	Autres langues	0,8	2,7	7,8	10,9	12,4	21	2798
Total		0,9	2,8	7,1	10	11,3	19,3	20980

* Indicateur MICS 76

** Indicateur MICS 75

Table HA. 12: Fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables
Fréquentation scolaire des enfants âgés de 10-14 ans selon le statut dans l'orphélinage et la vulnérabilité, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage d'enfants dont le père et la mère sont décédés	Taux de fréquentation scolaire des enfants dont la mère et le père sont décédés	Pourcentage d'enfants dont les deux parents sont en vie, l'enfant vivant avec au moins un parent	Taux de fréquentation scolaire des enfants dont les deux parents sont en vie, l'enfant vivant avec au moins un parent	Taux de fréquentation scolaire des enfants orphelins de père et de mère par rapport aux non orphelins *	Pourcentage d'enfants orphelins ou vulnérables	Fréquentations scolaires des enfants orphélins ou vulnérables	Pourcentage des enfants ni orphelins ni vulnérables	Fréquentation scolaire des enfants des enfants ni orphelins ni vulnérables	Taux de fréquentation des EOVS par rapport aux non-EOVS	Nombre total d'enfants âgés de 10-14 ans
Sexe	Masculin	1,9	71,9	68,4	72,8	0,99	24,2	75,6	75,8	73,1	1,03	2751
	Féminin	1,6	66,1	64,5	69,6	0,95	22,2	70,3	77,8	70,1	1	2693
Région	SAB Capital	2,5	85,1	62,4	92,4	0,92	29,7	91,5	70,3	91,5	1	1273
	EST (Bafata e Gabu)	1,5	57,5	78,8	58,3	0,99	13,4	56,5	86,6	59,3	0,95	1458
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	1,6	64,1	60,4	69,6	0,92	25,8	68,5	74,2	69,5	0,99	2172
	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	1,3	61,1	67	72,1	0,85	24	64,3	76	74,3	0,87	541
Milieu	Urbain	2,4	87,7	62,1	88,2	1	29,1	89,1	70,9	87,2	1,02	1955
	Rural	1,4	52,4	68,9	62,7	0,84	19,9	60	80,1	63,9	0,94	3489
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	1,7	61	61,7	62,7	0,97	21,8	61,7	78,2	63,2	0,98	1034
	Pauvre	1,8	56,7	67,8	61	0,93	20	63,3	80	62,5	1,01	1119
	Moyen	1,3	60,3	71,5	65,3	0,92	22,2	61,7	77,8	67,5	0,91	1094
	Riche	1,6	73,3	71,3	76,8	0,95	23,5	79,8	76,5	76,1	1,05	1112
	Le plus riche	2,4	86,6	59,5	92,2	0,94	28,7	91,6	71,3	90,5	1,01	1085
Nombre total d'enfants âgés de 10-14 ans	1	1,8	69,3	66,4	71,3	0,97	23,2	73,1	76,8	71,6	1,02	5444

* Indicateur MICS 77;
Indicateur OMD 20

Table HA. 13: Soutien aux enfants rendus orphelins et vulnérables par le SIDA
 Pourcentage d'enfants âgés de 0-17 ans orphelins ou vulnérables dont le ménage a reçu du support externe gratuitement
 pour prendre soin de l'enfant, Guinée-Bissau, 2006

		Pourcentage enfants orphelins/vulnérables ou ménage a reçu :							Nombre d'enfants orphelins ou vulnérables âgés de 0-17 ans
		Soutien médical (au cours des 12 derniers mois)	Soutien psychologique ou émotionnel (au cours des 3 derniers mois)	Soutien matériel/social (au cours des 3 derniers mois)	Soutien pour la scolarité (au cours des 12 derniers mois)	Un Soutien *	Tous types de Soutien	Aucun Soutien	
Sexe	Masculin	4,4	1,3	1,4	3,1	7,3	0,4	92,7	2079
	Féminin	4,4	1,2	1	3,3	7,7	0,1	92,3	1972
Région	SAB Capital	4,2	1,8	2,4	2,4	7,1	0,2	92,9	1220
	EST (Bafata e Gabu)	9	0,1	0,1	4,8	11,6	0	88,4	618
	NORD (Biombo, Cacheu e Oio)	3,5	1,5	1	3,5	7,2	0,5	92,8	1731
Milieu	SUD (Bolama, Quinara e Tombali)	2,6	0,6	0,1	1,7	4,6	0	95,4	483
	Urbain	3,9	1,9	1,8	4	8,1	0,2	91,9	1764
Age	Rural	4,8	0,8	0,7	2,5	7,1	0,3	92,9	2288
	0-4 years	4,9	0,9	0,9	0	5,7	0,2	94,3	905
	5-9 years	4,8	1,8	1,2	2,9	7,9	0,4	92,1	1069
	10-14 years	4,5	1,1	1,2	4,5	8,4	0,1	91,6	1264
	15-17 years	3,3	1,2	1,6	5,1	7,9	0,4	92,1	813
Quintiles de l'indice de richesse	Le plus pauvre	4,1	0,2	0,8	2,7	7,3	0	92,7	718
	Pauvre	7,5	0,5	0,4	3	8,9	0	91,1	674
	Moyen	3,5	1,4	1,1	3	6,1	0,9	93,9	818
	Riche	2,6	2,1	0,2	3,6	7	0	93	869
	Le plus riche	5	1,8	3	3,4	8,5	0,3	91,5	973
Langue maternelle du chef de ménage	Balante	3,7	1,1	1,1	2	7,3	0,1	92,7	1023
	Fula/Mandinga	5	0,1	0,7	3,4	7,3	0	92,7	1395
	Bramas	5	2,4	2,4	4,6	8,9	1	91,1	1045
	Autres langues	3,4	2,2	0,6	2,2	6,3	0	93,7	588
Total		4,4	1,3	1,2	3,2	7,5	0,3	92,5	4051

* Indicateur MICS 81

Table HA. 14: Malnutrition chez les enfants orphelins et vulnérables

Pourcentage d'enfants âgés de 0-4 ans, qui par leurs conditions d'orphelinat ou vulnérabilité, due au VIH/SIDA, sont de faible poids, courts ou émaciés, de façon modérée ou sévère, Guinée-Bissau, 2006

	Pourcentage de enfants ages de 0-4 ans qui sont de façon modérée ou sévère			Nombre de enfants ages de 0-4 ans
	De Faible poids	Courts	Emaciés	
Devenus orphelins	20,2	41,01	8,65	229
Vulnérables	21,38	42,31	6,55	338
Orphelins ou vulnérables	20,96	41,97	7,38	531
Ni orphelins ou vulnérables	19,19	40,66	7,21	3803
Total	19,41	40,82	7,23	4333
Ratio OVC – non-OVC*	1,09	1,03	1,02	.

* Indicateur MICS 79

Table HA.15: Comportement sexuel chez les jeunes femmes rendues orphelines et vulnérables par le SIDA

Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15-17 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans selon le statut dans la vulnérabilité et selon le statut dans la survivance des parents, Guinée-Bissau, 2006

	Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15-17 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'age de 15 ans	Nombre de jeunes femmes âgées de 15-17 ans
Orphelins	25,12	246
Vulnérables	26,51	134
Orphelins ou vulnérables	24,32	329
Non orphelins ou ni vulnérables	23,67	712
Total	23,88	1041
Ratio EOv par rapport à non-EOV *	1,03	.

* Indicateur MICS 80

Annexe A : Conception d'un échantillon

Cette annexe décrit les principales caractéristiques de la conception d'un échantillon. Celles-ci incluent la taille de l'échantillon cible, sa répartition, son cadre d'échantillonnage et son inventaire des participants, le choix des domaines, les étapes de l'échantillonnage, la stratification et le calcul des pondérations de l'échantillon.

L'objectif premier de la conception d'un échantillon pour l'enquête par grappes à indicateurs multiples de la Guinée-Bissau était de fournir des estimations statistiquement fiables de la plupart des indicateurs, au niveau national, pour les zones urbaines et rurales, mais aussi pour les quatre provinces [Nord, Est, Sud et SAB] du pays. Les zones urbaines et rurales ainsi que les quatre provinces (regroupement des divisions administratives de Cacheu, Oio, Biombo, Bafata, Gabu, Bolama, Quinara, Tombali et le Secteur Autonome de Bissau) ont été définies comme domaines d'échantillonnage.

Une méthode d'échantillonnage par grappes stratifiées, à étapes multiples a été utilisée pour le choix de l'échantillon de l'enquête.

L'Enquête MICS 3 réalisée en Guinée-Bissau est une enquête par sondage aléatoire à couverture nationale. Son exécution a été assurée par l'Institut National de la Statistique et du Recensement en coopération avec la Direction Générale du Plan et le Bureau de l'UNICEF en Guinée-Bissau. Son exécution a fait appel à un sondage aréolaire à deux degrés avec stratification au premier degré. Les unités statistiques du premier degré ou unités primaires sont les districts de recensement (DR) définis lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1991.

Un échantillon de districts de recensement a été tiré au premier degré. Les unités statistiques du second degré ou unités secondaires sont constituées par les ménages des districts de recensement tirés au premier degré. Elles définissent la base de sondage du second degré du sondage.

Taille et répartition de l'échantillon

La taille de l'échantillon cible de l'enquête MICS de la Guinée-Bissau a été fixée à 330 DR et 5 500 ménages.

Cadre d'échantillonnage et choix des grappes

Le recensement de 1991 a servi de cadre pour le choix des grappes. Il a fourni l'effectif des ménages ainsi que l'effectif de la population pour chaque district de recensement. Les zones de dénombrement du recensement (DR) ont été définies comme unités d'échantillonnage primaires (UEP) et elles ont été choisies dans chacun des domaines d'échantillonnage sur la base de procédures.

Les 9 régions administratives du pays et la ville de Bissau, considérée comme une région, tout au moins pour l'enquête MICS 3, sont retenues comme base. Chaque région est subdivisée en secteurs et les secteurs en districts de recensement. Les districts de recensement sont des unités aréolaires distinctes, non vides et qui recouvrent l'ensemble du pays. Ces unités aréolaires forment une partition du territoire national habité et sont constituées de manière à contenir chacune, environ 800 habitants.

Au total, la base de sondage comprend 1232 districts de recensement composés en 1991, de 131924 ménages. La liste des districts de recensement avec leurs caractéristiques constitue la base de sondage du premier degré de l'enquête et les ménages des districts de recensement tirés au premier degré constituent la base de sondage du second degré de ce plan de sondage.

L'Institut National de la Statistique et du Recensement dispose de la base de sondage sous forme de fichier sur support papier.

Domaines d'étude et strates

Le critère de stratification retenu pour cette enquête est le milieu de résidence, ce qui permet de séparer les ménages ruraux des ménages urbains dans chaque région, les enquêtes socio-économiques auprès des ménages ayant montré bien souvent que les ménages d'un même milieu de résidence se révèlent plus homogènes. La prise en compte de ce critère de stratification a conduit à la définition de 17 strates à raison de deux par région, la ville de Bissau comptant pour une strate.

Un domaine d'étude est une partie de l'univers sondé pour laquelle sont recherchés des résultats significatifs, c'est-à-dire des estimations séparées et d'une précision suffisante. Dans l'enquête MICS 3 de Guinée-Bissau, il n'a pas été retenu de considérer les régions administratives comme des domaines d'étude du fait que cela nécessiterait une taille très élevée pour l'échantillon des ménages et un coût d'enquête plus élevé. Les quatre provinces du pays (Nord, SAB, Est et Sud) ont donc été considérées comme des domaines d'étude. Le Tableau 1 suivant donne les caractéristiques des provinces selon la base de sondage établie en 1991.

Tableau 1 : Caractéristiques des provinces selon la base de sondage

Code de la province	Nom de la province	Composition de la province	Effectif des strates	Effectif des DR	Effectif des ménages	Proportion des ménages (%)
1	SAB	Secteur autonome de Bissau (ville de Bissau)	1	171	31,321	23.7
2	Est	Bafata, Gabu	4	376	31,640	24.0
3	Nord	Cacheu, Oio, Biombo	6	485	49,738	37.7
4	Sud	Tombali, Quinara, Bolama/Bijagos	6	200	19,225	14.6
Ensemble du pays			17	1,232	131,924	100.0

Echantillons des unités primaires et des unités secondaires

L'échantillon des unités primaires compte 330 DR (district de recensement) répartis de façon proportionnelle entre les 9 régions. Mais, la répartition des DR échantillonnés n'est pas faite de façon proportionnelle entre les strates d'une même région, car la strate urbaine d'une région est généralement sur échantillonnée. Le taux de sondage du premier degré n'est donc pas uniforme vis-à-vis des 17 strates retenues.

Tableau 2 : Caractéristiques des échantillons selon la province

Code de la province	Nom de la province	Effectif des strates	Effectif des ménages selon la base	Effectif des DR tirés	Effectif des ménages tirés	Taux de sondage global
1	SAB	1	31,321	46	1,200	0.038
2	Est	4	31,640	100	1,200	0.038
3	Nord	6	49,738	129	1,900	0.038
4	Sud	6	19,225	55	1,200	0.062
Ensemble du pays		17	131,924	330	5,500	0.042

Au second degré, le nombre de ménages tirés dans un DR échantillonné, est proportionnel à la taille du DR en nombre de ménages. La taille retenue pour l'échantillon des ménages au niveau national a été fixée à 5 500. La répartition des échantillons des deux degrés est présentée dans le Tableau 2. Cette répartition a permis à chacune des quatre provinces de jouir d'un statut de domaine d'étude, chacune obtenant une allocation d'au moins 1 200 ménages dans l'échantillon des ménages.

Le taux global de sondage, celui des deux degrés réunis, est présenté dans le Tableau 2. Il est de 0,042 et correspond à l'observation de 4,2 ménages en moyenne sur 100. Il est de 0,038 pour les 3 premières provinces et de 0,062 pour la province du Sud, ce qui dénote que cette province a été sur échantillonnée.

Modes de tirage

Les tirages des échantillons ont été mis en œuvre de façon indépendante d'une strate à l'autre. Les unités primaires (ou districts de recensement) ont été tirées selon le mode de tirage systématique avec probabilités égales.

Pour les tirages du second degré, c'est-à-dire les tirages des unités secondaires (ou ménages), il est fait appel à un tirage systématique avec probabilités égales. Le nombre de ménages tirés dans chaque DR-unité primaire échantillonné est proportionnel au nombre de ménages composant le DR.

Activités d'inventaire

Le cadre d'échantillonnage (recensement démographique de 1991 - La base de sondage des DR, étant trop ancienne pour fournir une base de sondage du second degré fiable en 2006), l'inventaire des ménages (l'identité, la localisation ainsi que l'effectif des ménages du DR) et une actualisation de la cartographie des DR tirés au 1er degré ont été faits dans l'ensemble des zones de dénombrement choisies avant la sélection des ménages. À cet effet, des équipes d'inventaire ont été constituées, et elles ont séjourné dans chaque zone de dénombrement pour répertorier les ménages occupés.

L'actualisation de la cartographie des DR a été réalisée en 4 phases : 1- La reproduction des cartes des DR ; 2- Le séminaire de formation des agents cartographes ; 3- La sélection des agents parmi les candidats formés ; et, 4- L'actualisation des listes de ménages des 330 DR sélectionnés.

La reproduction des cartes des DR a eu lieu entre le premier et le 17 février 2006. Pendant cette période, deux cartographes des travaux publics et trois dessinateurs ont procédé au sein de l'INEC à la compilation des cartes contenant les DR sélectionnés ; à la reproduction héliographique et au coupage des DR sélectionnés ; et, à la constitution de dossiers de séparation des DR par région et par secteur administratifs. Au total 330 cartes de DR (108 urbains et 222 ruraux) ont été reproduites.

Le séminaire de formation des agents cartographes et la sélection des candidats agents cartographes a eu lieu du 20 au 24 février 2006. Quarante vingt (80) candidats ont participé à la formation. Soixante douze (72) ont été sélectionnés, suite à un test effectué le dernier jour de la formation : après le test les 4 meilleurs ont été retenus comme superviseurs et les 68 autres comme agents cartographes.

L'actualisation des ménages des 330 DR sélectionnés a eu lieu du 2 au 16 mars 2006. Les, 4 superviseurs et les 68 agents cartographes, répartis en six brigades, ont pris part. à cette phase. Vingt trois (23) agents de la Brigade 1 ont actualisé les DR de SAB et Biombo ; 7 agents de la Brigade 2 ont actualisé les DR de Tombali, Quinara et Bolama ; 16 agents de la Brigade 3 ont actualisé les DR de Bafata et Gabu ; 2 agents des Brigades 4 et 5 ont actualisé les DR de Bolama Bijagos et 19 agents de la Brigade 6 ont actualisé les DR de Cacheu et Oio.

Choix des ménages

Pour chaque zone de dénombrement, les équipes d'inventaire sur le terrain ont répertorié les ménages. Ensuite, ceux-ci ont été numérotés par ordre de 1 à 10998 (le nombre total de ménages des zones de dénombrement) au niveau du Bureau

National de la Statistique et du Recensement, qui a procédé à la sélection des ménages par zone de dénombrement sur la base des procédures de sélection systématiques à probabilités égales.

Calcul des pondérations de l'échantillon

L'échantillon de l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples de la Guinée-Bissau n'est pas auto-pondéré. La répartition des DR échantillonnés n'est pas faite de façon proportionnelle entre les strates d'une même région, car la strate urbaine d'une région est généralement sur échantillonnée. Le taux de sondage du premier degré n'est donc pas uniforme vis-à-vis des 17 strates retenues. Pour cette raison, les pondérations de l'échantillon ont été calculées et utilisées dans les analyses ultérieures des données de l'enquête.

Les estimations étant propres à chaque strate, les développements suivants concernent une strate considérée comme l'univers sondé. Les unités primaires dont est composée la strate, sont les DR ou districts de recensement.

On a considéré une strate U composée de M districts de recensement (DR) identifiés par leur étiquette ou numéro i , soit $U = \{1, 2, \dots, i, \dots, M\}$. On a tiré de cette strate selon le mode de tirage systématique avec probabilités égales, un échantillon de m districts de recensement, soit $s = \{1, 2, \dots, k, \dots, m\}$.

La probabilité d'inclusion (ou probabilité de sélection) d'un DR i de la strate est la probabilité que ce DR appartienne à l'échantillon s . On a noté P_{1i} la probabilité d'inclusion, soit

$$P_{1i} = \Pr \{i \in s\} = \Pr \{\text{le DR } i \text{ soit tiré}\} \quad (1)$$

On veut montrer qu'avec le tirage systématique avec probabilités égales, la probabilité d'inclusion P_{1i} d'un individu i de la strate U a pour expression

$$P_{1i} = \frac{m}{M} \quad \forall i = 1, 2, \dots, M \quad (2)$$

La probabilité P_{1i} est indépendante du DR i et de l'échantillon s .

Au second degré, on a tiré n_i ménages du DR i parmi les K_i ménages trouvés dans le DR i lors des opérations de cartographie et de dénombrement des ménages. Nous avons désigné par $P_{2j|i}$ la probabilité que le ménage j du DR i soit tiré, sachant le DR i est tiré au premier degré. Il vient

$$P_{2j|i} = \frac{n_i}{K_i} \quad \forall j = 1, 2, \dots, n_i \quad (3)$$

La probabilité $P_{2j|i}$ dépend du DR i à travers n_i et K_i .

On a déduit de ce qui précède, que la probabilité d'inclusion du ménage j du DR i est égale au produit des probabilités définies par les relations (1) et (3), soit $P_{1i} P_{2j|i}$.

On a obtenu

$$P_{ij} = P_{1i} P_{2j|i} = \frac{m}{M} \frac{n_j}{K_i} \quad \forall i = 1, 2, \dots, M \quad \text{et} \quad \forall j = 1, 2, \dots, n_i \quad (4)$$

La probabilité d'inclusion P_{ij} d'un ménage j d'un DR i dépend du DR i auquel le ménage j appartient. Elle n'est pas la même quel que soit le DR i et quel que soit le ménage j de la strate. L'échantillon obtenu de la strate n'est donc pas auto pondérée.

Poids de sondage ou coefficients d'extrapolation

Le fondement de l'inférence statistique en sondage repose sur l'idée qu'une unité de l'échantillon représente un certain nombre d'unités de la population sondée. En d'autres termes, chaque unité de l'échantillon possède un poids en terme de représentation de la population. L'extrapolation des informations recueillies sur l'échantillon à la population sondée est basée sur les poids attribués aux unités échantillonnées. Ces poids sont appelés les poids de sondage ou coefficients d'extrapolation.

Le poids de sondage ou coefficient d'extrapolation attribué à une unité de sondage est défini comme l'inverse de la probabilité d'inclusion de cette unité de sondage. Ainsi, pour tout ménage j d'un DR i de la strate étudiée ici, le poids de sondage W_{ij} a pour expression

$$W_{ij} = \frac{1}{P_{ij}} = \frac{MK_i}{mn_i} \quad \forall i = 1, 2, \dots, M \quad \text{et} \quad \forall j = 1, 2, \dots, n_i \quad (5)$$

Le poids W_{ij} ne dépend pas du ménage j mais seulement du DR i auquel appartient le ménage j . Il est le même pour tous les ménages du DR i .

Les ménages qui ne font pas partie de l'échantillon sélectionné, se voient représenter par les ménages observés au moyen des poids de sondage qui leur sont attribués.

A partir de la relation (5), les poids de sondage pour l'enquête MICS 3 ont été calculés pour les 321 DR effectivement enquêtés. Ils sont présentés dans un tableau Excel dénommé "Tableau des poids de sondage de départ". On en a déduit le tableau Excel "Weights_Alt" qui contient les poids bruts corrigés des non-réponses pour les trois modules de l'enquête ainsi que les poids normalisés également pour les trois modules de l'enquête.

Les poids bruts du sondage ont servi à estimer les totaux ou effectifs tandis que les poids normalisés ont été utilisés pour l'estimation des moyennes ou proportions.

Cette opération a pour finalité d'harmoniser la somme des unités d'échantillonnage interrogées avec la taille totale de l'échantillon au niveau national. La normalisation consiste à multiplier les pondérations non ajustées susmentionnées par le ratio du nombre de ménages interrogés sur le nombre total de ménages à pondération non ajustée. Une procédure de standardisation similaire a été utilisée pour calculer les pondérations standardisées des questionnaires dédiés aux femmes et aux enfants de

moins de 5 ans. Les pondérations ajustées (normalisées) ont varié entre une pondération minimale et une pondération maximale dans les 340 zones de dénombrement (grappes).

Estimation des totaux ou effectifs

L'univers sondé est ici la strate étudiée. Elle se compose de M unités primaires identifiées par leur étiquette α , avec $\alpha = 1, 2, \dots, M$. L'unité primaire α comporte N_α unités secondaires désignées par leur étiquette β , avec $\beta = 1, 2, \dots, N_\alpha$.

Soit y la variable d'étude du sondage. La valeur de la variable y pour l'unité secondaire β de l'unité primaire α , soit $US_{\alpha\beta}$, est $Y_{\alpha\beta}$. La somme (ou le total) Y de la variable y étendue à l'ensemble de la strate a pour expression

$$Y = \sum_{\alpha=1}^M \sum_{\beta=1}^{N_\alpha} Y_{\alpha\beta} \quad (6)$$

Notations relatives à l'échantillon

Au premier degré, on a obtenu un échantillon de m unités primaires identifiées par leur étiquette i , avec $i = 1, 2, \dots, m$. Dans chaque unité primaire échantillonnée, on a prélevé un nombre de ménages proportionnel à la taille de l'unité primaire en nombre de ménages. Ainsi, dans le DR i , on a prélevé n_i ménages identifiés par leur étiquette j , avec $j = 1, 2, \dots, n_i$.

La valeur de la variable y pour le ménage j du DR i est y_{ij} . On cherche à estimer le total Y défini par la relation (6) à partir des données y_{ij} de l'échantillon.

Horvitz et Thompson ont présenté en 1952 un estimateur linéaire sans biais \hat{Y}_{HT} du total Y valable pour tout plan de sondage. Il a pour expression

$$\hat{Y}_{HT} = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^{n_i} \frac{y_{ij}}{P_{ij}} \quad (7)$$

y_{ij} et P_{ij} étant respectivement la valeur de la variable y et la probabilité d'inclusion pour le ménage j du DR i .

Cet estimateur appelé estimateur de Horvitz et Thompson, montre que si l'on a $P_{ij} > 0$ pour tout i et pour tout j , \hat{Y}_{HT} estime sans biais le total Y .

La variable d'étude y est la taille du ménage. Le total Y de cette variable est l'effectif total de la population de la strate sondée. Grâce à la relation (5), on estime ce total par l'estimateur \hat{Y}_{HT} défini par la relation

$$\hat{Y}_{HT} = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^{n_i} \frac{MK_i}{mn_i} y_{ij}$$

où :

- y_{ij} est la taille du ménage j de DR i ;
- M est l'effectif des DR de la strate sondée ;
- K_i est l'effectif actualisé des ménages du DR i ;
- m est la taille de l'échantillon des DR ;

- n_i est le nombre des ménages sélectionnés dans le DR i .

Pour chaque zone de dénombrement, les pondérations non ajustées des ménages ont été calculées en multipliant les facteurs ci-dessus. Ensuite, elles ont été standardisées (ou normalisées).

Tableau 3 : Taille moyenne des ménages

Province	Taille moyenne pour le domaine d'étude	Variance de l'estimateur pour le domaine	Ecart-type de l'estimateur	Coefficient de variation de l'estimateur	Coefficient de variation de l'estimateur en %	Borne inférieure de l'intervalle de confiance	Borne supérieure de l'intervalle de confiance
SAB	7,2670	,014390	,120	,01651	1,65	7,032	7,502
Leste	8,4436	,033953	,184	,02182	2,18	8,082	8,805
Norte	8,7436	,019832	,141	,01611	1,61	8,468	9,020
Sul	6,2462	,039621	,199	,03187	3,19	5,856	6,636
Ensemble du pays	7,9383	,006229	,079	,00994	,99	7,784	8,093

Tableau 4 : Nombre moyen de femmes éligibles par ménage

Province	Nombre moyen de femmes éligibles par ménage	Variance de l'estimateur pour le domaine	Ecart-type de l'estimateur	Coefficient de variation de l'estimateur	Coefficient de variation de l'estimateur en %	Borne inférieure de l'intervalle de confiance	Borne supérieure de l'intervalle de confiance
SAB	1,6572	,003537	,059	,03589	3,59	1,541	1,774
Est	1,4958	,001442	,038	,02538	2,54	1,421	1,570
Nord	1,6096	,001192	,035	,02145	2,15	1,542	1,677
Sud	1,2659	,001769	,042	,03322	3,32	1,183	1,348
Ensemble du pays	1,5487	,000519	,023	,01472	1,47	1,504	1,593

Les pondérations d'échantillon ont été annexées à l'ensemble des groupes de données et appliquées à chaque ménage, femme ou enfant de moins de 5 ans pour les besoins des analyses.

Annexe B : Liste du personnel ayant participé à l'enquête

Supervision Nationale

Issuf Sanha, Ministre de l'Economie

Purna Bia, Secrétaire d'Etat au Plan et à l'intégration Régionale

Jean Marie Dricot, Représentant de l'UNICEF

Sylvana Nzirorera, Représentante adjointe de l'UNICEF

Vasco da Silva, Directeur Général du Plan

Augusto B. Viegas, Point focal de MICS l'UNICEF Bissau

Supervision des travaux de terrain

Carlos Mendes da Costa, Directeur Général de l'INEC

Marcelino da Costa, Consultant national et coordonnateur

Antonio Có, Consultant national

Traitement des données

Adulai Jaló, Informaticien de MICS3

Simao Semedo, Informaticien

Ngagne Diakhaté, Administrateur de projet UNICEF/New York

Echantillonnage

Tomaz Collazo Evora, Consultant international

Julien Amegandjin, Consultant international

Administration

Ismaël Antonio dos Santos, Administrateur

Marcélia Dabo, Secrétaire

Superviseurs

1. Raina M. N. Danfa
2. Isabel Mendes Naluak
3. Raul A. Mandim
4. Suande Camara
5. Julio da Silva
6. Mohamed Saliu Tcham

Réviseurs

1. Atilano Joao Mendes
2. Leonildo Gomes
3. Cesario A. N. Correia
4. Cutubo Cassama
5. Malam Camara
6. Orlando L. Vieira

Codificateurs

1. Caramo Camara
2. Pedro da Silva

Récepteurs

1. Lamarana Djalo
2. Quinta A Dias

Editeurs secondaires

1. Osvaldo Cristo João Mendes
2. Bessa Vitor da Silva

Opérateurs de saisie

1. Leopoldina Helena de Sousa
2. Cufo Mancal
3. Lourdes Sanha
4. Linda de Barros
5. Luciano Fernandes
6. Avelino Gomes
7. Braima Mane
8. Justino Fernandes
9. Paulo N' Bunde
10. Augusta Vaz
11. Sabado Geraldo Impote
12. Jacobeba Nunes (Beti)
13. Joao de Barros
14. Mario Alves
15. Joaquim Alves
16. Marcelia Dabo
17. Andre Vaz
18. Cristina da Silva Pedreira
19. Aba Queita
20. Umaru Balde
21. Rui Francisco Jose Gomes
22. Mamadu Uri Djalo
23. Cristina da Costa
24. Aydler Fernandes Silva
25. Joao Dias Fati
26. Gino Monteiro
27. Braima Manafa
28. Glaucia Pina Araujo
29. Celeste da Silva
30. Remna Nobre
31. Sabado Geraldo Imbote
32. Pepita da Costa

Dessinateurs

1. Maria Augusta B. da Silva
2. Henrique dos Santos
3. Jose Artur Mendes
4. Mario Joao Arlete

Chauffeurs

1. Bonifacio Mendonca
2. Antonio Te
3. Mamadu Silla
4. Nicolau A. Lopes Gomes
5. Ensa Sambu
6. Mamadu Aliu Bary
7. Paulo Sanca
8. Lamine Djassi
9. Luis Cabral
10. Adelson P. Araujo
11. Tchutchu Barbosa Seco Intchasso

Enquêteurs

1. Antonio Fernandes
2. Augusto Bidinté
3. Djon Djon Biombo
4. Domingos Nancassa
5. João Carlos Arlete
6. Martinho Cardoso
7. Luis R. Djalo
8. Marcelino Na Cuba
9. Pedro Vaz Moreno
10. Quintino Pereira
11. Quintino Soares Sanha
12. Armando Mbotó
13. Fernando Secuna Bangura
14. Filipe L. Mendes
15. Jose Alves Junior
16. Pedro Candete
17. Servilio F. J. Gomes
18. Adulai G. Djalo
19. Celestino da Costa
20. Clemente Semedo
21. Sabino Oliveira
22. Victor Indi
23. Alberto Seninho Mane
24. Anquina Soares da Gama
25. Betussan Munte
26. Chernó Sano Jalo
27. Luis da Costa
28. Midana A. Nafatchamna
29. Rui Raul Rodrigues Tavares
30. Aruna So
31. Balingue Injai
32. Durval J. Ocante
33. Etica Pereira Nandigna
34. Henri Banora
35. Sabino G. Rodrigues
36. Ana Joao A. Bagine
37. Antonieta Ferreira
38. Aramata Balde
39. Cadijatu Buaro

40. Ntem Deba Nancassa
41. Rosaria da Silva Moreira
42. Fatu Binto Djedjo
43. Fatumata Ba
44. Ivone Alfredo Correia
45. Maria Cesaltina L. Correia
46. Teresa Cambanco
47. Ana Cabral
48. Beatriz Joaquim Ca
49. Cadi Sanha Mane
50. Clarice Adama seide Ba
51. Custodia A. Vieira
52. Domingas Capecalon
53. Gregoria Antonio Oliveira
54. Maria Helena Alves Marques
55. Bernardete Lopes Correia
56. Feliciano A. Dias Coli
57. Maria Salome F. da Silva
58. Tereza da Silva
59. Veronica Pires
60. Ana Cornelia Gomes
61. Anica da Cunha
62. Cleonisse Jesus Silva
63. Justina G. R. da Silva
64. Lidia Co
65. Manuela da Silva
66. Valentina Nancassa
67. Ana M. Vieira Balde
68. Celeste M. S. C. Silva
69. Evanilda D. Ca e Silva
70. Filomena Delgado Pinto
71. Florbela Fernandes
72. Nicandria E. da Costa
73. Jaime Geraldo Imbote
74. Umar Cora

Cartographes

2. Julio Alves
3. Joao Carlos Arlete
- 12.

Annexe C : Estimations des erreurs d'échantillonnage

L'échantillon de personnes interrogées choisi dans le cadre de l'enquête MICS de la Guinée-Bissau n'est qu'un lot parmi tant d'autres qui auraient pu être choisis au sein de la même population, en utilisant la même composition et la même taille. Chacun de ces échantillons aurait donné des résultats légèrement différents de ceux de l'échantillon réellement choisi. Les erreurs d'échantillonnage sont une mesure de la variabilité entre l'ensemble des échantillons possibles. L'étendue de la variabilité n'est pas connue avec exactitude, mais une estimation statistique peut en être faite à partir des résultats de l'enquête. Dans cette annexe sont présentées les mesures d'erreurs d'échantillonnage ci-dessous, pour chaque indicateur sélectionné :

- 1 Erreur-type (*et*) : une erreur d'échantillonnage est généralement mesurée en termes d'erreur-type pour chaque indicateur (médians, proportions, etc.). L'erreur-type équivaut à la racine carrée de la variance. On utilise la méthode de la linéarisation de Taylor pour l'estimation des erreurs-types.
- 2 Le coefficient de variation (*et/r*) est le ratio de l'erreur-type sur la valeur de l'indicateur
- 3 L'effet du plan expérimental (*deff*) est le ratio de la variance réelle de l'indicateur, dans le cadre de la méthode d'échantillonnage utilisée dans l'enquête, sur la variance calculée dans le cadre de l'hypothèse d'un simple échantillonnage aléatoire. La racine carrée de l'effet du plan expérimental (*deft*) est utilisée pour démontrer l'efficacité de la conception de l'échantillon. Une valeur *deft* égale à 1 indique que la conception de l'échantillon est aussi efficace qu'un simple échantillonnage aléatoire, tandis qu'une valeur *deft* supérieure à 1 indique une augmentation de l'erreur-type due à l'utilisation d'une conception d'échantillon plus complexe.
- 4 Les limites de confiance sont calculées pour montrer l'intervalle dans lequel la valeur réelle pour la population devrait normalement figurer. La valeur de n'importe quelle statistique calculée sur la base de l'enquête sera comprise dans une plage de plus ou moins deux fois son erreur-type ($p + 2.et$ ou $p - 2.et$) dans 95 % des échantillons possibles, de taille et de conception identiques.

Le module SPSS Version 14 Complex Samples a été utilisé pour le calcul des erreurs d'échantillonnage à partir des données de l'enquête MICS. Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-après. Outre les valeurs des erreurs d'échantillonnage décrites ci-dessus, les tableaux incluent également le nombre de dénominateurs pondérés et non pondérés de chaque indicateur.

Les erreurs d'échantillonnage sont calculées pour les indicateurs ayant un intérêt majeur, le total national, les provinces ainsi que pour les zones urbaines et rurales. Parmi les indicateurs choisis, 3 sont basés sur les ménages, 8 sur les membres des ménages, 13 sur les femmes et 15 sur les enfants de moins de 5 ans. Tous les indicateurs sont présentés dans ce rapport sous forme de proportions. Les Tableaux SE.1 à SE.7 présentent les erreurs d'échantillonnage calculées selon la liste bdes indicateurs retenus.

Table SE.1: Erreurs d'échantillonnage : Ensemble Guinée-Bissau
Erreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deff)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Guinée-Bissau, 2006

	Tableau	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan (deff)	du exp.	Carré de plan (deff) ²	l'effet exp.	Effectif pondéré	Effectif pondéré	non	Intervalle de confiance		Effectif pondéré
												r - 2et	r + 2et	
MENAGES														
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0.436	0.011	0.026	2.716		1.648		5305000000	5305		0.413	0.458	5305
Consommation de sel iodé	NU.5	0.009	0.002	0.214	2.148		1.465		5200082052	5173		0.005	0.013	5200
Punitions de l'enfant	CP.4	0.799	0.009	0.011	2.243		1.498		4798771973	4781		0.782	0.817	4799
MEMBRES DES MÉNAGES														
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0.599	0.014	0.023	4.217		2.054		41312168789.914	5305		0.571	0.626	41312
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0.115	0.007	0.058	2.305		1.518		41312168789.914	5305		0.102	0.128	41312
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0.360	0.010	0.029	3.446		1.856		7506233846.569	7392		0.340	0.381	7506
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0.053	0.004	0.078	2.280		1.510		6778966804.841	6715		0.044	0.061	6779
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0.083	0.009	0.103	1.209		1.099		1294642890.995	1266		0.066	0.100	1295
Travail des enfants	CP.2	0.392	0.011	0.027	5.380		2.319		11655611379.253	11504		0.371	0.413	11656
Prévalence d'orphelins	HA.10	0.113	0.004	0.037	3.538		1.881		20979675756.685	20677		0.104	0.121	20980
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0.100	0.006	0.062	8.880		2.980		20979675756.685	20677		0.088	0.113	20980
FEMMES														
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0.388	0.013	0.033	1.747		1.322		2505665099.744	2455		0.362	0.414	2506
Soins prénatals	RH.3	0.779	0.010	0.013	1.468		1.212		2505665099.744	2455		0.759	0.799	2506
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0.103	0.006	0.054	1.705		1.306		5203433364.220	5155		0.092	0.114	5203
Alphabétisation des adultes	ED.8	0.285	0.013	0.045	2.834		1.684		3415351759.965	3444		0.259	0.311	3415
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	CP.7	0.445	0.015	0.033	7.022		2.650		8009898896.794	8009		0.416	0.474	8010
Mariage avant 18 ans	CP.5	0.241	0.012	0.048	1.203		1.097		1669069548.373	1648		0.218	0.264	1669
Polygamie	CP.5	0.488	0.010	0.021	2.143		1.464		5203433364.220	5155		0.468	0.509	5203
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	HA.3	0.186	0.009	0.046	3.904		1.976		8009898896.794	8009		0.169	0.203	8010
Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	HA.9	0.388	0.023	0.058	2.953		1.718		1353065205.128	1380		0.343	0.433	1353
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0.218	0.010	0.045	1.027		1.013		1746282211.593	1796		0.199	0.238	1746
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0.248	0.011	0.043	3.487		1.867		5799292410.423	5778		0.227	0.269	5799
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0.060	0.004	0.062	1.960		1.400		8009898896.794	8009		0.053	0.068	8010
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0.395	0.011	0.028	4.186		2.046		8009898896.794	8009		0.373	0.418	8010
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS														
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0.194	0.007	0.038	1.453		1.206		4333218017.738	4262		0.179	0.209	4333
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0.887	0.010	0.012	1.340		1.158		1275336052.925	1269		0.866	0.908	1275
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0.637	0.019	0.030	2.027		1.424		1275336052.925	1269		0.599	0.676	1275
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0.621	0.018	0.029	1.692		1.301		1275336052.925	1269		0.586	0.657	1275
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0.751	0.014	0.019	1.336		1.156		1275336052.925	1269		0.722	0.779	1275
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0.500	0.022	0.044	2.451		1.566		1275336052.925	1269		0.456	0.544	1275
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0.043	0.003	0.078	1.601		1.265		5845809557.669	5845		0.037	0.050	5846
Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	CH.7	0.419	0.030	0.071	0.890		0.944		252997740.959	249		0.360	0.478	253
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0.123	0.006	0.048	1.887		1.374		5845809557.669	5845		0.112	0.135	5846
RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0.253	0.013	0.051	0.631		0.794		721807046.057	706		0.227	0.279	722
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0.390	0.012	0.031	3.683		1.919		5845809557.669	5845		0.365	0.414	5846
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0.135	0.006	0.046	1.902		1.379		5845809557.669	5845		0.122	0.147	5846
Traitement antipaludéen	CH.12	0.272	0.016	0.057	0.963		0.981		786581816.380	787		0.241	0.303	787
Soutien pour les études	CD.1	0.061	0.006	0.095	3.488		1.868		5845809557.669	5845		0.050	0.073	5846
Enregistrement des naissances	CP.1	0.389	0.011	0.029	3.199		1.789		5845809557.669	5845		0.366	0.412	5846

Table SE.2: Erreurs d'échantillonnage: Zone Urbaine
Erreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deff)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Guinée-Bissau, 2006

	Tableau	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan exp. (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deff) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance		Effectif pondéré
									r - 2et	r + 2et	
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0.345	0.016	0.045	2.470	1.572	1968547513	2310	0.314	0.376	1969
Consommation de sel iodé	NU.5	0.006	0.002	0.392	2.194	1.481	1945378630	2267	0.001	0.011	1945
Punitions de l'enfant	CP.4	0.823	0.011	0.014	1.810	1.345	1736913078	2051	0.800	0.845	1737
MEMBRES DES MÉNAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0.823	0.017	0.021	4.578	2.140	14652528883.921	2310	0.789	0.857	14653
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0.288	0.016	0.057	2.997	1.731	14652528883.921	2310	0.255	0.321	14653
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0.469	0.018	0.039	3.766	1.941	2327166684.770	2829	0.432	0.505	2327
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0.104	0.008	0.074	1.982	1.408	2705899533.557	3169	0.088	0.119	2706
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0.151	0.018	0.122	1.282	1.132	401355195.054	487	0.114	0.188	401
Travail des enfants	CP.2	0.220	0.012	0.054	3.863	1.965	3881146085.200	4686	0.196	0.243	3881
Prévalence d'orphelins	HA.10	0.137	0.006	0.040	2.170	1.473	6980935839.287	8362	0.126	0.148	6981
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0.145	0.011	0.079	8.907	2.984	6980935839.287	8362	0.122	0.168	6981
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0.687	0.017	0.025	1.139	1.067	721674080.578	862	0.653	0.721	722
Soins prénatals	RH.3	0.870	0.015	0.017	1.745	1.321	721674080.578	862	0.839	0.900	722
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0.190	0.012	0.065	1.817	1.348	1488079041.814	1812	0.165	0.215	1488
Alphabétisation des adultes	ED.8	0.507	0.017	0.034	2.076	1.441	1545570852.126	1750	0.472	0.541	1546
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	CP.7	0.390	0.023	0.060	8.382	2.895	3231823746.971	3678	0.344	0.437	3232
Mariage avant 18 ans	CP.5	0.142	0.012	0.083	0.905	0.951	714344049.017	793	0.119	0.166	714
Polygamie	CP.5	0.354	0.014	0.039	1.500	1.225	1488079041.814	1812	0.327	0.382	1488
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	HA.3	0.320	0.015	0.047	3.786	1.946	3231823746.971	3678	0.290	0.350	3232
Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	HA.9	0.485	0.033	0.067	4.064	2.016	890297251.948	952	0.420	0.550	890
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0.251	0.013	0.050	0.817	0.904	831226803.109	957	0.226	0.276	831
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0.209	0.015	0.072	4.483	2.117	2959445470.213	3232	0.179	0.240	2959
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0.115	0.008	0.069	2.260	1.503	3231823746.971	3678	0.099	0.131	3232
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0.577	0.017	0.029	4.246	2.061	3231823746.971	3678	0.543	0.611	3232
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS											
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0.128	0.009	0.067	1.009	1.004	1287616406.176	1538	0.111	0.145	1288
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0.943	0.008	0.009	0.535	0.731	373877974.885	438	0.926	0.959	374
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0.701	0.023	0.032	1.081	1.040	373877974.885	438	0.656	0.747	374
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0.697	0.020	0.029	0.855	0.924	373877974.885	438	0.656	0.738	374
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0.827	0.015	0.019	0.730	0.855	373877974.885	438	0.796	0.858	374
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0.581	0.028	0.048	1.394	1.181	373877974.885	438	0.526	0.637	374
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0.060	0.007	0.119	1.877	1.370	1704955256.899	2065	0.046	0.074	1705
Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	CH.7	0.550	0.036	0.066	0.572	0.756	102213632.848	108	0.478	0.623	102
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0.127	0.010	0.080	1.912	1.383	1704955256.899	2065	0.107	0.147	1705
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0.281	0.024	0.085	0.711	0.843	216473076.435	251	0.233	0.329	216
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0.321	0.020	0.062	3.705	1.925	1704955256.899	2065	0.281	0.360	1705
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0.150	0.010	0.065	1.539	1.241	1704955256.899	2065	0.131	0.170	1705
Traitement antipaludéen	CH.12	0.467	0.031	0.067	1.207	1.099	256097402.050	312	0.405	0.529	256
Soutien pour les études	CD.1	0.084	0.012	0.140	3.669	1.915	1704955256.899	2065	0.060	0.107	1705
Enregistrement des naissances	CP.1	0.531	0.018	0.033	2.571	1.603	1704955256.899	2065	0.496	0.566	1705

Table SE.3: Erreurs d'échantillonnage: Zone Rurale

Erreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deft)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Guinée-Bissau, 2006

	Tableau	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan exp. (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deft) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance		effectif pondéré
									r - 2et	r + 2et	
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0.489	0.014	0.029	2.482	1.575	3336452487	2995	0.460	0.518	3336
Consommation de sel iodé	NU.5	0.011	0.003	0.254	2.012	1.418	3254703422	2906	0.005	0.016	3255
Punitions de l'enfant	CP.4	0.786	0.012	0.015	2.304	1.518	3061858896	2730	0.762	0.810	3062
MEMBRES DES MENAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0.476	0.016	0.033	3.021	1.738	26659639906	2995	0.444	0.507	26660
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0.020	0.003	0.166	1.672	1.293	26659639906	2995	0.013	0.027	26660
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0.312	0.011	0.037	2.802	1.674	5179067162	4563	0.289	0.335	5179
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0.019	0.004	0.207	2.909	1.706	4073067271	3546	0.011	0.027	4073
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0.052	0.008	0.156	1.051	1.025	893287696	779	0.036	0.069	893
Travail des enfants	CP.2	0.477	0.013	0.027	4.428	2.104	7774465294	6818	0.452	0.503	7774
Prévalence d'orphelins	HA.10	0.100	0.005	0.055	4.115	2.029	13998739917	12315	0.090	0.111	13999
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0.078	0.006	0.083	7.170	2.678	13998739917	12315	0.065	0.091	13999
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0.268	0.014	0.052	1.602	1.266	1783991019	1593	0.239	0.296	1784
Soins prénatals	RH.3	0.743	0.013	0.018	1.418	1.191	1783991019	1593	0.716	0.769	1784
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0.068	0.006	0.085	1.736	1.318	3715354322	3343	0.056	0.079	3715
Alphabétisation des adultes	ED.8	0.101	0.012	0.121	2.792	1.671	1869780908	1694	0.077	0.126	1870
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	CP.7	0.482	0.019	0.039	6.101	2.470	4778075150	4331	0.445	0.520	4778
Mariage avant 18 ans	CP.5	0.315	0.018	0.057	1.264	1.124	954725499	855	0.279	0.351	955
Polygamie	CP.5	0.542	0.013	0.024	2.196	1.482	3715354322	3343	0.517	0.568	3715
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	HA.3	0.095	0.010	0.103	4.782	2.187	4778075150	4331	0.075	0.114	4778
Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	HA.9	0.201	0.022	0.110	1.300	1.140	462767953	428	0.157	0.245	463
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0.189	0.015	0.078	1.188	1.090	915055408	839	0.159	0.218	915
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0.289	0.016	0.055	3.150	1.775	2839846940	2546	0.257	0.320	2840
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0.023	0.003	0.130	1.749	1.323	4778075150	4331	0.017	0.029	4778
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0.272	0.013	0.046	3.478	1.865	4778075150	4331	0.247	0.297	4778
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS											
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0.222	0.010	0.044	1.482	1.217	3045601612	2724	0.203	0.241	3046
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0.864	0.014	0.016	1.410	1.187	901458078	831	0.836	0.892	901
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0.611	0.026	0.042	2.275	1.508	901458078	831	0.560	0.662	901
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0.590	0.024	0.040	1.914	1.383	901458078	831	0.543	0.637	901
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0.719	0.019	0.026	1.466	1.211	901458078	831	0.681	0.757	901
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0.467	0.029	0.062	2.784	1.669	901458078	831	0.409	0.524	901
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0.036	0.004	0.101	1.443	1.201	4140854301	3780	0.029	0.044	4141
Traitement antibiotique des enfants suspects de pneumonie	CH.7	0.330	0.040	0.123	1.037	1.018	150784108	141	0.249	0.411	151
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0.122	0.007	0.059	1.848	1.359	4140854301	3780	0.108	0.137	4141
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0.241	0.016	0.065	0.608	0.779	505333970	455	0.209	0.272	505
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0.418	0.015	0.035	3.403	1.845	4140854301	3780	0.389	0.448	4141
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0.128	0.008	0.060	1.968	1.403	4140854301	3780	0.113	0.143	4141
Traitement antipaludéen	CH.12	0.178	0.017	0.096	0.939	0.969	530484414	475	0.144	0.212	530
Soutien pour les études	CD.1	0.052	0.007	0.131	3.606	1.899	4140854301	3780	0.039	0.066	4141
Enregistrement des naissances	CP.1	0.331	0.014	0.043	3.417	1.848	4140854301	3780	0.302	0.359	4141

Table SE.4: Erreurs d'échantillonnage: SAB
Erreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deft)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Guinée-Bissau, 2006

	Tableau	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan exp. (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deft) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance		effectif pondéré
									r - 2et	r + 2et	
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0.268	0.017	0.063	1.673	1.294	1375043845	1169	0.234	0.302	1375
Consommation de sel iodé	NU.5	0.005	0.003	0.579	2.131	1.460	1365409634	1161	0.000	0.012	1365
Punitions de l'enfant	CP.4	0.831	0.014	0.017	1.476	1.215	1191279149	1011	0.803	0.860	1191
MEMBRES DES MENAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0.921	0.011	0.012	2.066	1.438	10038933970	1169	0.898	0.944	10039
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0.371	0.025	0.068	3.227	1.796	10038933970	1169	0.320	0.422	10039
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0.482	0.025	0.053	3.321	1.822	1513375518	1293	0.431	0.532	1513
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0.119	0.010	0.082	1.407	1.186	1816278301	1542	0.099	0.138	1816
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0.180	0.024	0.135	0.867	0.931	256983180	218	0.132	0.229	257
Travail des enfants	CP.2	0.142	0.013	0.089	2.785	1.669	2528997603	2158	0.116	0.167	2529
Prévalence d'orphelins	HA.10	0.139	0.006	0.044	1.212	1.101	4592622378	3904	0.127	0.151	4593
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0.163	0.014	0.086	5.618	2.370	4592622378	3904	0.135	0.191	4593
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0.704	0.020	0.029	0.830	0.911	497720395	415	0.663	0.745	498
Soins prénatals	RH.3	0.842	0.020	0.024	1.253	1.119	497720395	415	0.802	0.882	498
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0.208	0.017	0.083	1.465	1.210	983055895	817	0.173	0.242	983
Alphabétisation des adultes	ED.8	0.538	0.022	0.041	1.792	1.339	1122819440	932	0.494	0.581	1123
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	CP.7	0.321	0.028	0.086	6.748	2.598	2338262238	1939	0.266	0.376	2338
Mariage avant 18 ans	CP.5	0.115	0.014	0.124	0.896	0.947	538342839	448	0.086	0.143	538
Polygamie	CP.5	0.320	0.017	0.054	1.121	1.059	983055895	817	0.286	0.355	983
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	HA.3	0.330	0.019	0.058	3.208	1.791	2338262238	1939	0.292	0.369	2338
Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	HA.9	0.501	0.041	0.082	3.892	1.973	700384718	579	0.419	0.583	700
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0.281	0.017	0.060	0.677	0.823	584476601	484	0.247	0.315	584
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0.219	0.019	0.084	3.700	1.924	2228337691	1848	0.182	0.256	2228
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0.145	0.011	0.077	1.940	1.393	2338262238	1939	0.123	0.167	2338
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0.603	0.021	0.035	3.668	1.915	2338262238	1939	0.560	0.645	2338
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS											
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0.105	0.010	0.092	0.679	0.824	830683716	691	0.085	0.124	831
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0.955	0.010	0.010	0.443	0.665	252168744	212	0.935	0.974	252
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0.709	0.029	0.041	0.874	0.935	252168744	212	0.651	0.768	252
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0.705	0.023	0.032	0.525	0.725	252168744	212	0.659	0.750	252
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0.853	0.016	0.019	0.444	0.666	252168744	212	0.821	0.886	252
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0.601	0.035	0.058	1.088	1.043	252168744	212	0.531	0.672	252
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0.073	0.010	0.143	1.484	1.218	1107420342	922	0.052	0.094	1107
Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	CH.7	0.545	0.045	0.083	0.557	0.746	81187789	68	0.454	0.636	81
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0.131	0.014	0.107	1.598	1.264	1107420342	922	0.103	0.159	1107
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0.278	0.034	0.121	0.686	0.828	145437763	122	0.211	0.345	145
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0.269	0.023	0.085	2.447	1.564	1107420342	922	0.223	0.315	1107
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0.147	0.013	0.089	1.249	1.117	1107420342	922	0.121	0.173	1107
Traitement antipaludéen	CH.12	0.540	0.041	0.077	0.920	0.959	162866191	135	0.457	0.622	163
Soutien pour les études	CD.1	0.097	0.017	0.179	3.172	1.781	1107420342	922	0.062	0.132	1107
Enregistrement des naissances	CP.1	0.570	0.022	0.039	1.883	1.372	1107420342	922	0.525	0.615	1107

Table SE.5: Erreurs d'échantillonnage: Province Est
Erreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deft)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Guinée-Bissau, 2006

	Tableau	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan exp. (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deft) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance		effectif pondéré
									r - 2et	r + 2et	
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0.403	0.018	0.045	1.553	1.246	1170173847	1134	0.367	0.439	1170
Consommation de sel iodé	NU.5	0.027	0.007	0.268	2.274	1.508	1157377178	1122	0.013	0.042	1157
Punitions de l'enfant	CP.4	0.817	0.013	0.016	1.199	1.095	1100164344	1062	0.791	0.843	1100
MEMBRES DES MENAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0.628	0.023	0.037	2.627	1.621	10093434660	1134	0.582	0.675	10093
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0.035	0.007	0.195	1.542	1.242	10093434660	1134	0.021	0.048	10093
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0.339	0.015	0.044	1.964	1.401	2146338616	2003	0.310	0.369	2146
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0.015	0.003	0.215	1.172	1.083	1680092025	1634	0.009	0.022	1680
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0.040	0.012	0.295	1.285	1.134	377943539	353	0.016	0.064	378
Travail des enfants	CP.2	0.433	0.022	0.050	5.778	2.404	3226618340	3050	0.390	0.476	3227
Prévalence d'orphelins	HA.10	0.065	0.006	0.096	3.264	1.807	5485563323	5156	0.052	0.077	5486
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0.059	0.010	0.164	8.683	2.947	5485563323	5156	0.039	0.078	5486
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0.240	0.023	0.098	1.720	1.312	612412812	571	0.193	0.287	612
Soins prénatals	RH.3	0.640	0.026	0.040	1.635	1.279	612412812	571	0.588	0.691	612
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0.031	0.005	0.165	1.141	1.068	1383962436	1309	0.021	0.041	1384
Alphabétisation des adultes	ED.8	0.105	0.012	0.116	1.134	1.065	713259672	723	0.081	0.129	713
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	CP.7	0.927	0.010	0.011	2.692	1.641	1750633093	1739	0.906	0.947	1751
Mariage avant 18 ans	CP.5	0.290	0.034	0.116	1.902	1.379	352476670	349	0.223	0.357	352
Polygamie	CP.5	0.538	0.019	0.035	1.845	1.358	1383962436	1309	0.500	0.575	1384
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	HA.3	0.134	0.014	0.106	3.040	1.744	1750633093	1739	0.106	0.163	1751
Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	HA.9	0.235	0.032	0.135	1.137	1.066	164602886	205	0.172	0.298	165
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0.138	0.022	0.160	1.528	1.236	360783002	374	0.094	0.182	361
Attitude face aux porteurs de VIH/SIDA	HA.5	0.333	0.026	0.078	3.716	1.928	1159081016	1210	0.281	0.385	1159
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0.007	0.002	0.274	0.863	0.929	1750633093	1739	0.003	0.010	1751
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0.310	0.019	0.063	3.056	1.748	1750633093	1739	0.271	0.349	1751
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS											
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0.286	0.018	0.062	1.586	1.259	1084292793	1022	0.250	0.322	1084
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0.920	0.016	0.018	1.036	1.018	310471011	291	0.888	0.953	310
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0.756	0.035	0.046	1.917	1.385	310471011	291	0.686	0.826	310
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0.718	0.035	0.049	1.767	1.329	310471011	291	0.648	0.788	310
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0.856	0.025	0.029	1.457	1.207	310471011	291	0.807	0.906	310
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0.615	0.039	0.063	1.857	1.363	310471011	291	0.537	0.693	310
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0.015	0.004	0.254	1.338	1.157	1450891716	1361	0.007	0.023	1451
Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	CH.7	0.276	0.001	0.005	0.000	0.014	21825826	19	0.273	0.279	22
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0.099	0.012	0.121	2.191	1.480	1450891716	1361	0.075	0.122	1451
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0.230	0.030	0.132	0.665	0.816	142954516	129	0.169	0.291	143
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0.278	0.021	0.074	2.871	1.694	1450891716	1361	0.236	0.319	1451
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0.097	0.011	0.109	1.741	1.319	1450891716	1361	0.076	0.118	1451
Traitement antipaludéen	CH.12	0.247	0.028	0.115	0.575	0.758	140675329	134	0.191	0.304	141
Soutien pour les études	CD.1	0.034	0.009	0.250	3.010	1.735	1450891716	1361	0.017	0.051	1451
Enregistrement des naissances	CP.1	0.475	0.021	0.044	2.408	1.552	1450891716	1361	0.433	0.517	1451

Table SE.6: Erreurs d'échantillonnage: Province Nord
Erreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deff)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Guinée-Bissau, 2006

	Tableau	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan exp. (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deff) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance		effectif pondéré
									r - 2et	r + 2et	
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0.563	0.021	0.038	3.448	1.857	2048070759	1884	0.520	0.605	2048
Consommation de sel iodé	NU.5	0.002	0.001	0.605	1.176	1.084	2021875356	1856	0.000	0.004	2022
Punitions de l'enfant	CP.4	0.777	0.018	0.023	3.156	1.777	1892078737	1743	0.742	0.813	1892
MEMBRES DES MENAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0.403	0.021	0.053	3.602	1.898	16696469572	1884	0.360	0.446	16696
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0.027	0.004	0.165	1.423	1.193	16696469572	1884	0.018	0.036	16696
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0.324	0.016	0.048	3.146	1.774	3018235107	2793	0.293	0.355	3018
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0.037	0.006	0.170	2.739	1.655	2636081696	2455	0.024	0.050	2636
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0.075	0.012	0.157	0.968	0.984	529452862	488	0.051	0.098	529
Travail des enfants	CP.2	0.472	0.016	0.034	4.563	2.136	4661137789	4312	0.439	0.504	4661
Prévalence d'orphelins	HA.10	0.133	0.008	0.060	4.412	2.100	8614922873	7973	0.117	0.149	8615
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0.082	0.009	0.111	8.721	2.953	8614922873	7973	0.064	0.100	8615
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0.338	0.018	0.053	1.503	1.226	1124054676	1034	0.302	0.374	1124
Soins prénatals	RH.3	0.820	0.013	0.016	1.187	1.089	1124054676	1034	0.794	0.846	1124
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0.098	0.009	0.094	1.935	1.391	2197979241	2033	0.080	0.116	2198
Alphabétisation des adultes	ED.8	0.193	0.018	0.092	2.440	1.562	1251655799	1213	0.158	0.228	1252
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	CP.7	0.287	0.024	0.084	8.244	2.871	3033060190	2875	0.238	0.335	3033
Mariage avant 18 ans	CP.5	0.346	0.020	0.057	1.024	1.012	623236915	589	0.306	0.386	623
Polygamie	CP.5	0.531	0.018	0.034	2.642	1.625	2197979241	2033	0.495	0.567	2198
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	HA.3	0.147	0.014	0.095	4.424	2.103	3033060190	2875	0.119	0.174	3033
Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	HA.9	0.288	0.027	0.094	1.345	1.160	375912243	378	0.234	0.342	376
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0.203	0.017	0.085	1.157	1.075	628418884	624	0.168	0.237	628
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0.240	0.017	0.073	3.486	1.867	2059422041	2079	0.205	0.275	2059
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0.040	0.005	0.117	1.655	1.286	3033060190	2875	0.031	0.050	3033
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0.352	0.017	0.049	3.757	1.938	3033060190	2875	0.317	0.386	3033
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS											
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0.185	0.011	0.057	1.423	1.193	2043273152	1941	0.164	0.206	2043
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0.883	0.017	0.019	1.491	1.221	562094771	537	0.849	0.917	562
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0.596	0.035	0.059	2.724	1.650	562094771	537	0.526	0.666	562
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0.588	0.032	0.054	2.209	1.486	562094771	537	0.525	0.651	562
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0.708	0.027	0.038	1.833	1.354	562094771	537	0.655	0.761	562
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0.462	0.040	0.087	3.504	1.872	562094771	537	0.381	0.543	562
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0.048	0.005	0.107	1.401	1.184	2576428263	2437	0.038	0.058	2576
Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	CH.7	0.363	0.050	0.137	1.271	1.128	123150138	120	0.263	0.462	123
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0.140	0.009	0.065	1.653	1.286	2576428263	2437	0.122	0.158	2576
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0.244	0.018	0.073	0.586	0.765	360417725	343	0.208	0.279	360
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0.528	0.021	0.041	4.493	2.120	2576428263	2437	0.485	0.571	2576
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0.152	0.010	0.069	2.057	1.434	2576428263	2437	0.132	0.173	2576
Traitement antipaludéen	CH.12	0.173	0.023	0.132	1.380	1.175	392892298	382	0.127	0.219	393
Soutien pour les études	CD.1	0.071	0.010	0.139	3.601	1.898	2576428263	2437	0.051	0.091	2576
Enregistrement des naissances	CP.1	0.315	0.019	0.061	4.217	2.053	2576428263	2437	0.276	0.353	2576

Table SE.7: Erreurs d'échantillonnage: Province Sud

Erreurs-types, coefficients de variation, effets du plan expérimental (deff), carré des effets de plan expérimental (deft)² et intervalles de confiance pour les indicateurs choisis, Guinée-Bissau, 2006

	Tableau	Valeur (r)	Erreur type (et)	Coefficient de variation (et/r)	Effet du plan exp. (deff)	Carré de l'effet du plan exp. (deft) ²	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance		Effectif pondéré
									r - 2et	r + 2et	
MENAGES											
Disponibilité de MI par ménage	CH.10	0.448	0.020	0.044	1.764	1.328	711711549	1118	0.408	0.487	712
Consommation de sel iodé	NU.5	0.006	0.003	0.463	1.352	1.163	655419884	1034	0.000	0.012	655
Punitions de l'enfant	CP.4	0.775	0.016	0.021	1.491	1.221	615249743	965	0.743	0.808	615
MEMBRES DES MENAGES											
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	EN.1	0.542	0.028	0.052	3.620	1.903	4483330588	1118	0.485	0.599	4483
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	EN.5	0.052	0.010	0.193	2.282	1.511	4483330588	1118	0.032	0.072	4483
Taux de fréquentation net du cycle primaire	ED.3	0.326	0.028	0.085	4.556	2.135	828284606	1303	0.270	0.381	828
Taux de fréquentation net du cycle secondaire	ED.4	0.027	0.007	0.248	1.847	1.359	646514782	1084	0.014	0.040	647
Taux d'achèvement des études primaires	ED.6	0.048	0.015	0.313	1.023	1.011	130263310	207	0.018	0.079	130
Travail des enfants	CP.2	0.493	0.020	0.040	3.019	1.738	1238857646	1984	0.454	0.532	1239
Prévalence d'orphelins	HA.10	0.098	0.008	0.079	2.482	1.576	2286567183	3644	0.082	0.113	2287
Prévalence d'enfants vulnérables	HA.11	0.143	0.015	0.103	6.453	2.540	2286567183	3644	0.113	0.172	2287
FEMMES											
Assistance par un personnel qualifié	RH.5	0.355	0.031	0.088	1.853	1.361	271477217	435	0.292	0.417	271
Soins prénatals	RH.3	0.808	0.023	0.028	1.481	1.217	271477217	435	0.762	0.854	271
Prévalence des contraceptifs	RH.1	0.113	0.013	0.111	1.568	1.252	638435792	996	0.088	0.138	638
Alphabétisation des adultes	ED.8	0.161	0.024	0.150	2.476	1.574	327616849	576	0.113	0.209	328
Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	CP.7	0.363	0.039	0.106	9.335	3.055	887943376	1456	0.286	0.440	888
Mariage avant 18 ans	CP.5	0.147	0.027	0.184	1.527	1.236	155013124	262	0.093	0.201	155
Polygamie	CP.5	0.492	0.017	0.035	1.169	1.081	638435792	996	0.457	0.526	638
Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	HA.3	0.040	0.006	0.155	1.471	1.213	887943376	1456	0.028	0.053	888
Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	HA.9	0.238	0.025	0.105	0.744	0.862	112165359	218	0.189	0.288	112
Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	HA.8	0.233	0.026	0.113	1.208	1.099	172603725	314	0.180	0.285	173
Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	HA.5	0.202	0.017	0.087	1.217	1.103	352451662	641	0.167	0.237	352
Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	HA.6	0.011	0.003	0.250	0.984	0.992	887943376	1456	0.005	0.016	888
Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	HA.4	0.165	0.011	0.069	1.391	1.179	887943376	1456	0.142	0.188	888
Prévalence de l'insuffisance pondérale	NU.1	0.175	0.017	0.097	1.210	1.100	374968357	608	0.141	0.208	375
Couverture vaccinale contre la tuberculose	CH.2	0.719	0.048	0.066	2.570	1.603	150601526	229	0.624	0.815	151
Couverture vaccinale contre la polio	CH.2	0.426	0.043	0.100	1.688	1.299	150601526	229	0.341	0.511	151
Couverture vaccinale contre la DTC	CH.2	0.406	0.041	0.102	1.625	1.275	150601526	229	0.323	0.489	151
Couverture vaccinale contre la rougeole	CH.2	0.519	0.033	0.064	1.004	1.002	150601526	229	0.453	0.585	151
Enfants entièrement vaccinés	CH.2	0.236	0.042	0.179	2.256	1.502	150601526	229	0.152	0.321	151
Infection respiratoire aiguë au cours des 2 dernières semaines	CH.6	0.038	0.008	0.224	2.204	1.485	711069237	1125	0.021	0.055	711
Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	CH.7	0.410	0.017	0.041	0.047	0.217	26833988	42	0.377	0.444	27
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	CH.4	0.103	0.013	0.125	2.013	1.419	711069237	1125	0.077	0.128	711
Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides et poursuite de l'alimentation	CH.5	0.291	0.030	0.104	0.498	0.706	72997042	112	0.230	0.352	73
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	CH.11	0.309	0.024	0.079	3.153	1.776	711069237	1125	0.260	0.357	711
Fièvre au cours des 2 dernières semaines	CH.12	0.127	0.014	0.114	2.130	1.460	711069237	1125	0.098	0.156	711
Traitement antipaludéen	CH.12	0.259	0.038	0.146	1.001	1.000	90147999	136	0.183	0.334	90
Soutien pour les études	CD.1	0.027	0.007	0.269	2.256	1.502	711069237	1125	0.012	0.041	711
Enregistrement des naissances	CP.1	0.200	0.020	0.101	2.889	1.700	711069237	1125	0.160	0.241	711

Annexe D : Tableaux sur la qualité des données

Tableau DQ.1 : Répartition de la population des ménages par âge
Répartition par âge et par sexe de la population des ménages (pondérée), Guinée-Bissau, 2006

Age	Hommes		Femmes		Age	Hommes		Femmes	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0	704	3.5	703	3.3	41	78	0.4	103	0.5
1	728	3.6	709	3.3	42	182	0.9	172	0.8
2	683	3.4	698	3.3	43	126	0.6	97	0.5
3	625	3.1	684	3.2	44	85	0.4	91	0.4
4	535	2.7	625	2.9	45	282	1.4	239	1.1
5	689	3.4	639	3.0	46	100	0.5	95	0.4
6	715	3.6	623	2.9	47	96	0.5	93	0.4
7	682	3.4	561	2.6	48	134	0.7	140	0.7
8	658	3.3	604	2.8	49	87	0.4	85	0.4
9	562	2.8	479	2.2	50	180	0.9	332	1.6
10	680	3.4	615	2.9	51	76	0.4	134	0.6
11	492	2.5	424	2.0	52	102	0.5	178	0.8
12	634	3.2	535	2.5	53	82	0.4	124	0.6
13	468	2.3	556	2.6	54	70	0.4	75	0.4
14	477	2.4	563	2.6	55	101	0.5	160	0.8
15	568	2.8	499	2.3	56	71	0.4	95	0.4
16	393	2.0	407	1.9	57	65	0.3	54	0.3
17	365	1.8	397	1.9	58	82	0.4	62	0.3
18	544	2.7	492	2.3	59	60	0.3	51	0.2
19	325	1.6	417	2.0	60	187	0.9	226	1.1
20	470	2.4	648	3.0	61	25	0.1	49	0.2
21	290	1.4	350	1.6	62	62	0.3	72	0.3
22	381	1.9	417	2.0	63	41	0.2	42	0.2
23	327	1.6	326	1.5	64	37	0.2	27	0.1
24	311	1.6	328	1.5	65	109	0.5	97	0.5
25	379	1.9	528	2.5	66	48	0.2	24	0.1
26	277	1.4	381	1.8	67	35	0.2	31	0.1
27	225	1.1	323	1.5	68	46	0.2	54	0.3
28	299	1.5	376	1.8	69	38	0.2	27	0.1
29	193	1.0	264	1.2	70	104	0.5	76	0.4
30	330	1.6	512	2.4	71	19	0.1	13	0.1
31	137	0.7	164	0.8	72	26	0.1	36	0.2
32	221	1.1	283	1.3	73	17	0.1	10	0.0
33	160	0.8	200	0.9	74	12	0.1	14	0.1
34	124	0.6	165	0.8	75	71	0.4	44	0.2
35	284	1.4	348	1.6	76	19	0.1	7	0.0
36	178	0.9	196	0.9	77	9	0.0	7	0.0
37	132	0.7	192	0.9	78	20	0.1	18	0.1
38	173	0.9	239	1.1	79	13	0.1	13	0.1
39	123	0.6	182	0.9	80+	127	0.6	111	0.5
40	312	1.6	309	1.4	Total	19976	100.0	21336	100.0

Tableau DQ.2 : Répartition par âge des femmes concernées et des femmes interrogées
 Répartition par groupes d'âges de cinq ans de la population féminine âgée de 10-54 ans, des femmes de 15-49 ans interrogées et du pourcentage des femmes concernées effectivement interrogées (pondéré), Guinée-Bissau, 2006

Age	Population féminine âgée de 10-54 ans dans les ménages	Femmes de 15-49 interrogées		Pourcentage de femmes concernées interrogées
	Effectif	Effectif	%	
10-14	2693	na	na	Na
15-19	2211	1746	21.8	79.0
20-24	2068	1669	20.8	80.7
25-29	1872	1516	18.9	81.0
30-34	1325	1040	13.0	78.5
35-39	1156	910	11.4	78.7
40-44	771	623	7.8	80.7
45-49	652	506	6.3	77.6
50-54	842	na	na	Na
15-49	10056	8010	100.0	79.7

Remarque : Les pondérations de la population féminine des ménages et des femmes interrogées sont celles des ménages.
 L'âge est obtenu à partir du questionnaire dédié aux ménages.

Tableau DQ.3 : Répartition par âge des enfants de moins de 5 ans concernés et interrogés

Répartition par âge de la population infantile des ménages âgée de 0-4, des enfants dont la mère ou la personne en charge a été interrogée et du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la mère ou la personne en charge a été interrogée (pondéré), Guinée-Bissau, 2006

Age	Population infantile des ménages âgée de 0-7 ans	Questionnaires pour enfants de 0-4 ans		Pourcentage d'enfants concernés interrogés
	Effectif	Effectif	%	
0	1407	1262	21.2	89.7
1	1437	1301	21.9	90.6
2	1381	1226	20.6	88.8
3	1310	1146	19.3	87.5
4	1160	1010	17.0	87.1
5	1328	Na	Na	Na
6	1338	Na	Na	Na
7	1243	Na	Na	Na
0-4	6694	5946	100.0	88.8

Remarque : Les pondérations de la population infantile des ménages et des enfants interrogés sont celles des ménages.
 L'âge est obtenu à partir du questionnaire dédié aux ménages.

Tableau DQ.4 : Répartition par âge des enfants de moins de 5 ans
Répartition par groupes d'âges de 3 mois des enfants de moins de 5 ans (pondérée), Guinée-Bissau, 2006

Age en mois	Garçons		Filles		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-2	152	5.3	140	4.7	292	5.0
3-5	179	6.3	182	6.1	361	6.2
6-8	157	5.5	154	5.1	311	5.3
9-11	122	4.3	135	4.5	257	4.4
12-14	207	7.3	204	6.8	410	7.0
15-17	206	7.3	177	5.9	384	6.6
18-20	134	4.7	145	4.8	279	4.8
21-23	101	3.6	101	3.4	202	3.5
24-26	188	6.6	192	6.4	380	6.5
27-29	192	6.8	193	6.4	385	6.6
30-32	117	4.1	126	4.2	243	4.2
33-35	96	3.4	111	3.7	207	3.5
36-38	160	5.6	208	6.9	368	6.3
39-41	173	6.1	204	6.8	377	6.5
42-44	108	3.8	86	2.8	194	3.3
45-47	92	3.2	89	3.0	181	3.1
48-50	154	5.4	222	7.4	376	6.4
51-53	161	5.7	164	5.4	325	5.6
54-56	73	2.6	98	3.3	172	2.9
57-59	66	2.3	76	2.5	142	2.4
Total	2839	100.0	3007	100.0	5846	100.0

Tableau DQ.5 : Exactitude des âges et des périodes

Les ratios des âges et des périodes aux limites de l'éligibilité par type d'information collectée (pondérés), Guinée-Bissau 2006

Age dans le questionnaire administré aux ménages	Ratios des âges et des périodes*			Limite d'éligibilité	Module ou questionnaire
	Hommes	Femmes	Total		
1	1.03	1.01	1.02		
2	1.01	1.00	1.00	Inférieure	Punitions de l'enfant et enfants handicapés
3	1.02	1.02	1.02		
4	0.87	0.96	0.92	Supérieure	Questionnaire dédié aux moins de 5 ans
5	1.07	1.02	1.04	Inférieure	Travail des enfants et éducation
6	1.03	1.03	1.03		
8	1.04	1.10	1.07		
9	0.89	0.85	0.87	Supérieure	Enfants handicapés
10	1.18	1.21	1.19		
13	0.89	1.01	0.95		
14	0.95	1.04	1.00	Supérieure	Travail et punitions des enfants
15	1.19	1.02	1.10	Inférieure	Questionnaire administré aux femmes
16	0.89	0.94	0.91		
17	0.84	0.92	0.88	Supérieure	Enfants orphelins et vulnérables
18	0.89	0.91	0.90		
23	0.96	0.91	0.94		
24	0.92	0.83	0.87	Supérieure	Education
25	1.18	1.28	1.24		
48	1.27	1.32	1.30		
49	0.65	0.46	0.54	Supérieure	Questionnaire administré aux femmes
50	1.58	1.81	1.72		
Age (questionnaire des femmes)					
23	Na	0.92	na		
24	Na	0.79	na	Supérieure	Comportement sexuel
25	Na	1.28	na		
Mois depuis la dernière naissance					
6-11	Na	0.89	na		
12-17	Na	1.23	na		
18-23	Na	0.83	na	Supérieure	Anatoxine tétanique et santé maternelle et infantile
24-29	Na	1.23	na		
30-35	Na	0.76	na		

Remarque : Les ratios des âges ou des périodes sont calculés selon la formule $x / ((x_{n-1} + x_n + x_{n+1}) / 3)$, x étant l'âge ou la période.

Tableau DQ.6 : Exhaustivité du rapport

Pourcentage des renseignements manquants pour les questions et indicateurs choisis (pondéré), Guinée-Bissau, 2006

Questionnaire et rubrique	Groupe de référence	Pourcentage de renseignements manquants*	Nombre de cas
Ménage			
Test du sel	Tous les ménages interrogés	0.5	5305
Femmes			
Date de naissance	Toutes les femmes de 15-49 ans		
Mois uniquement		27.6	8010
Mois et année manquants		0.0	8010
Date du premier accouchement	Toutes les femmes de 15-49 ans ayant au moins un enfant né vivant		
Mois uniquement		15.5	5999
Mois et année manquants		11.4	5999
Nombre d'années depuis le premier accouchement	Toutes les femmes de 15-49 ans ayant au moins un enfant né vivant	1.4	732
Date du dernier accouchement	Toutes les femmes de 15-49 ans ayant au moins un enfant né vivant		
Mois uniquement		6.9	5999
Mois et année manquants		10.3	5999
Date du premier mariage/union libre	Toutes les femmes déjà mariées de 15-49 ans		
Mois uniquement		20.0	5691
Mois et année manquants		40.4	5691
Age lors du premier mariage/union libre	Toutes les femmes déjà mariées de 15-49 ans	36.5	5691
Age au premier rapport sexuel	Toutes les femmes de 15-24 ans ayant déjà eu un rapport sexuel	1.0	3415
Temps écoulé depuis le dernier rapport sexuel	Toutes les femmes de 15-24 ans ayant déjà eu un rapport sexuel	1.4	2770
Enfants de moins de 5 ans			
Date de naissance	Tous les enfants de moins de 5 ans interrogés		
Mois uniquement		3.9	5846
Mois et année manquants		0.6	5846
Anthropométrie	Tous les enfants de moins de 5 ans interrogés		
Taille		3.3	5846
Poids		3.3	5846
Taille ou poids		4.0	5846
* Inclut les réponses « Ne sait pas »			

Annexe E : Indicateurs MICS : numérateurs et dénominateurs

INDICATEUR	NUMÉRATEUR	DÉNOMINATEUR
1 Taux de mortalité chez les moins de 5 ans	Probabilité de mourir avant d'avoir atteint exactement 5 ans	
2 Taux de mortalité infantile	Probabilité de mourir avant d'avoir atteint exactement 1 an	
3 Taux de mortalité maternelle	Nombre de décès chez les femmes liés à la grossesse dans une année spécifique	Nombre d'enfants nés vivants au cours de l'année (exprimés par 100 000 naissances)
4 Assistance par un personnel qualifié	Nombre de femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des 2 années précédant l'enquête, assistées par un personnel sanitaire qualifié lors de l'accouchement	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
5 Accouchements dans un établissement spécialisé	Nombre de femmes de 15-49 ans ayant accouché dans une formation sanitaire au cours des 2 années précédant l'enquête	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
6 Prévalence de l'insuffisance pondérale	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont le poids est de plus de deux écarts types en deçà du rapport médian poids/âge de la norme NCHS/WHO (modérée et sévère). Nombre d'enfants dont le poids est de trois écarts types en deçà de la norme (sévère)	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans dont le poids est faible
7 Prévalence des retards de croissance	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont la taille est de plus de deux écarts types en deçà du rapport médian taille/âge de la norme NCHS/WHO (modéré et sévère). Nombre d'enfants dont la taille est de trois écarts types en deçà de la norme (sévère)	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans mesurés
8 Prévalence de la déperdition	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont le poids est de plus de deux écarts types en deçà du rapport médian poids/taille de la norme NCHS/WHO (modérée et sévère). Nombre d'enfants dont le poids est de trois écarts types en deçà de la norme (sévère)	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans pesés et mesurés
9 Enfants de faible poids à la naissance	Nombre d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête pesant moins de 2 500 grammes	Nombre total d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête
10 Enfants pesés à la naissance	Nombre d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête pesés à la naissance	Nombre total d'enfants nés vivants au cours des 2 années précédant l'enquête
11 Utilisation de sources d'eau potable améliorées	Nombre d'habitants vivant dans des ménages utilisant des sources d'eau potable améliorées	Nombre total d'habitants des ménages interrogés
12 Utilisation d'installations sanitaires améliorées	Nombre d'habitants des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées	Nombre total d'habitants des ménages interrogés
13 Traitement de l'eau	Nombre d'habitants des ménages utilisant de l'eau traitée	Nombre total d'habitants des ménages interrogés
14 Élimination des excréments infantiles	Nombre d'enfants de moins de trois ans dont les (dernières) selles ont été éliminées de manière sûre	Nombre total d'enfants de moins de trois ans interrogés
15 Taux d'allaitement exclusive	Nombre de nourrissons de 0-5 mois exclusivement nourris au lait maternel	Nombre total de nourrissons de 0-5 mois interrogés
16 Taux d'allaitement continu	Nombre de nourrissons de 12-15 mois et de 20-23 mois actuellement nourris au lait maternel	Nombre total d'enfants de 12-15 mois et de 20-23 mois interrogés
Taux d'alimentation 17 complémentaire commencé à temps	Nombre de nourrissons de 6-9 mois nourris au lait maternel et aux compléments alimentaires	Nombre total de nourrissons de 6-9 mois interrogés
18 Fréquence de l'alimentation	Nombre de nourrissons de 6-11 mois nourris au lait maternel et aux compléments alimentaires au moins le	Nombre total de nourrissons de 6-11 mois

complémentaire	nombre de fois minimal recommandé par jour (deux fois par jour pour les nourrissons de 6-8 mois, trois fois par jour pour ceux de 9-11 mois)	interrogés
19 Enfants bien nourris	Nombre de nourrissons de 0-11 mois convenablement nourris : nourrissons de 0-5 mois exclusivement nourris au lait maternel et nourrissons de 6-11 mois nourris au sein et aux aliments solides et pâteux le nombre de fois convenable (voir ci-dessus) la veille	Nombre total de nourrissons de 0-11 mois interrogés
20 Soins prénatals	Nombre de femmes de 15-49 ans assistées par un personnel sanitaire qualifié au moins une fois en cours de grossesse au cours des 2 années précédant l'enquête	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
21 Prévalence des contraceptives	Nombre de femmes de 15-49 ans mariées ou en union utilisant (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive (moderne ou traditionnelle)	Nombre total de femmes de 15-49 ans mariées ou en union libre
Traitement antibiotique des 22 enfants suspectés de pneumonie	Nombre d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines, traités aux antibiotiques	Nombre total d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines
23 Consultations pour les enfants suspectés de pneumonie	Nombre d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines ayant consulté un traitant approprié	Nombre total d'enfants de 0-59 mois suspectés de pneumonie au cours des 2 dernières semaines
24 Combustibles solides	Nombre de résidents dans les ménages utilisant des combustibles solides (bois, charbon, résidus de récoltes ou déjections animales) comme principale source énergétique pour la cuisson	Nombre total de résidents des ménages interrogés
25 Couverture vaccinale contre la tuberculose	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés au BCG avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
26 Couverture vaccinale contre la polio	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés à l'OPV3 avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
27 Couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC)	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés au DTC3 avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
28 Couverture vaccinale contre la rougeole	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre la rougeole avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
29 Couverture vaccinale contre l'hépatite B	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre l'hépatite avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
30 Couverture vaccinale contre la fièvre jaune	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre la fièvre jaune avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
31 Enfants entièrement vaccinés	Nombre d'enfants de 12-23 mois vaccinés aux DTC1-3, aux OPV-1-3, au BCG et contre la rougeole avant leur premier anniversaire	Nombre total d'enfants de 12-23 mois interrogés
32 Protection contre le tétanos néonatal	Nombre de mères ayant eu un enfant né vivant au cours de l'année écoulée, qui ont reçu au moins deux doses du vaccin de l'anatoxine tétanique (VAT) dans l'intervalle approprié avant d'accoucher	Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant vivant au cours de l'année précédant l'enquête
Utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO)	Nombre d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines, traités aux sels de réhydratation par voie orale et/ou à l'aide d'une solution domestique appropriée	Nombre total d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines
34 Traitement à domicile de la diarrhée	Nombre d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines, dont on a augmenté la consommation d'aliments fluides ET qui ont continué de manger à peu près moins, autant ou plus que d'habitude	Nombre total d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines
35 Traitement RVO reçu ou apport d'aliments fluides, et poursuite de l'alimentation	Nombre d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée traités à la RVO (sels de réhydratation orale ou solution domestique appropriée) ou dont on a augmenté la consommation d'aliments fluides ET qui ont continué de manger à peu près moins, autant ou plus que d'habitude	Nombre total d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée au cours des 2 dernières semaines

36	Disponibilité de moustiquaires imprégnées (MI) par ménage	Nombre de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée de manière permanente ou imprégnée l'année passée	Nombre total de ménages interrogés
37	Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	Nombre d'enfants de 0-59 mois ayant passé la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée	Nombre total d'enfants de 0-59 mois interrogés
38	Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire	Nombre d'enfants de 0-59 mois ayant passé la nuit précédente sous une moustiquaire	Nombre total d'enfants de 0-59 mois interrogés
39	Traitement antipaludéen (moins de 5 ans)	Nombre d'enfants de 0-59 mois ayant eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines, traités à l'aide d'un antipaludéen approprié dans les 24 heures qui ont suivi l'accès de fièvre	Nombre total d'enfants de 0-59 mois ayant eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines
40	Traitement préventif intermittent du paludisme (femmes enceintes)	Nombre de femmes recevant un traitement intermittent approprié contre le paludisme (défini comme équivalant à au moins 2 doses de SP/Fansidar) en cours de grossesse, ayant accouché d'un enfant né vivant, au cours des 2 années précédant l'enquête	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
41	Consommation de sel iodé	Nombre de ménages dont le test du sel a révélé 15 parts par million ou plus d'iode ou d'iodate	Nombre total de ménages interrogés
42	Supplémentation en vitamine A (moins de 5 ans)	Nombre d'enfants de 6-59 mois ayant reçu au moins une dose élevée de compléments en vitamine A au cours des 6 derniers mois	Nombre total d'enfants de 6-59 mois interrogés
43	Supplémentation en vitamine A (accouchées)	Nombre de femmes ayant accouché d'un enfant vivant au cours des 2 ans précédant l'enquête, qui ont reçu une dose élevée de compléments en vitamine A dans les 8 semaines ayant suivi l'accouchement	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
44	Contenu des soins prénatals	Nombre de femmes ayant eu un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête, qui ont reçu des soins prénatals en cours de grossesse	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
45	Allaitement commencé à temps	Nombre de femmes ayant eu un enfant vivant au cours des 2 années précédant l'enquête, qui ont donné le sein au nouveau-né dans l'heure qui a suivi l'accouchement	Nombre total de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
46	Soutien pour les études	Nombre d'enfants de 0-59 mois vivant dans des ménages où un adulte a mené au cours des 3 derniers jours quatre activités (voire plus) de promotion de l'apprentissage et de la prédisposition aux études	Nombre total d'enfants de 0-59 mois interrogés
47	Soutien paternel pour les études	Nombre d'enfants de 0-59 mois dont le père a mené au cours des 3 derniers jours une ou plusieurs activités de promotion de l'apprentissage et de la prédisposition aux études	Nombre total d'enfants de 0-59 mois
48	Soutien pour les études : livres pour enfants	Nombre de ménages possédant 3 livres pour enfants, voire plus	Nombre total de ménages interrogés
49	Soutien pour les études : autres livres	Nombre de ménages possédant 3 autres types de livres pour enfants, voire plus	Nombre total de ménages interrogés
52	Fréquentation du préscolaire	Nombre d'enfants de 36-59 mois fréquentant un type de programme d'éducation de base	Nombre total d'enfants de 36-59 mois interrogés
53	Prédisposition pour la scolarisation	Nombre d'enfants en première année du cycle primaire ayant fréquenté un type d'établissement préscolaire l'année dernière	Nombre total d'enquête en première année interrogés
54	Taux d'entrée net au cycle primaire	Nombre d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école qui sont actuellement en première année	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école primaire interrogés
55	Taux de fréquentation net du cycle primaire	Nombre d'enfants ayant l'âge d'entrer au cycle primaire qui fréquentent actuellement une école primaire ou secondaire	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école primaire interrogés
56	Taux de fréquentation net du cycle secondaire	Nombre d'enfants ayant l'âge d'entrer au cycle secondaire qui fréquentent actuellement une école secondaire ou un établissement supérieur	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'aller à l'école secondaire interrogés
57	Enfants parvenus au CM2	Proportion d'enfants entrés en première année du cycle primaire parvenus au CM2	
58	Taux de passage au cycle secondaire	Nombre d'enfants en dernière année du cycle primaire lors de l'année scolaire écoulée passés au cycle secondaire	Nombre total d'enfants en dernière année du cycle primaire lors de l'année scolaire écoulée interrogés

59	Taux d'achèvement des études primaires	Nombre d'enfants (tous âges confondus) en dernière année du cycle primaire (hormis les redoublants)	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'achever les études primaires (âge normal pour la dernière année du cycle primaire) interrogés
60	Taux d'alphabétisation chez les adultes	Nombre de femmes de 15-24 ans capables de lire une courte phrase simple sur la vie quotidienne	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées
61	Indice de parité des sexes	Proportion de filles dans les cycles primaire et secondaire	Proportion de garçons dans les cycles primaire et secondaire
62	Enregistrement des naissances	Nombre d'enfants de 0-59 mois dont la naissance a été enregistrée	Nombre total d'enfants de 0-59 mois interrogés
63	Prévalence de l'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF)	Nombre de femmes de 15-49 ans déclarant qu'elles ont subi <u>une</u> des formes d'excision/mutilation génitale	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées
64	Prévalence d'une forme extrême d'E/MGF	Nombre de femmes de 15-49 ans déclarant qu'elles ont subi une forme extrême d'excision/mutilation génitale (telle que l'infibulation)	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées
65	Prévalence de l'E/MGF chez les filles	Nombre de femmes de 15-49 ans déclarant avoir fait subir au moins à l'une de leurs filles une forme d'excision/mutilation génitale féminine	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées, ayant au moins une fille vivante
66	Approbation de l'E/MGF	Nombre de femmes de 15-49 ans favorables à la poursuite de l'excision/mutilation génitale féminine	Nombre total de femmes de 15-49 ans interrogées
67	Mariage avant 15 ans et 18 ans	Nombre de femmes mariées ou entrées en union avant d'avoir eu exactement 15 ans ou 18 ans, par groupes d'âges	Nombre total de femmes de 15-49 ans et de 20-49 ans interrogées, par groupes d'âges
68	Jeunes femmes de 15-19 ans mariées ou en union	Nombre de femmes de 15-19 ans mariées ou en union	Nombre total de femmes de 15-19 ans interrogées
69	Différence d'âges des conjoints	Nombre de femmes mariées ou en union âgées de 15-19 ans et de 20-24 ans ayant une différence d'âge de 10 ans ou plus avec leur époux actuel	Nombre total de femmes de 15-19 ans et de 20-24 ans mariées ou en union libre interrogées
70	Polygamie	Nombre de femmes en situation de polygamie	Nombre total de femmes de 15-49 ans mariées ou en union libre interrogées
71	Travail des enfants	Nombre d'enfants de 5-14 ans impliqués dans le travail des enfants	Nombre total d'enfants de 5-14 ans interrogés
72	Élèves ouvriers	Nombre d'enfants de 5-14 ans impliqués dans le travail des enfants qui fréquentent l'école	Nombre total d'enfants de 5-14 ans impliqués dans le travail des enfants
73	Ouvriers élèves	Nombre d'enfants de 5-14 ans fréquentant l'école qui sont impliqués dans le travail des enfants	Nombre total d'enfants de 5-14 ans scolarisés
74	Punitions de l'enfant	Nombre d'enfants de 2-14 ans qui (1) subissent uniquement une agression non violente, (2) subissent une agression psychologique en guise de punition, (3) subissent des châtiments corporels mineurs, (4) subissent des châtiments corporels sévères	Nombre total d'enfants de 2-14 ans choisis et interrogés
75	Prévalence d'orphelins	Nombre d'enfants de moins de 18 ans dont au moins l'un des parents est décédé	Nombre total d'enfants de moins de 18 ans interrogés
76	Prévalence d'enfants vulnérables	Nombre d'enfants de moins de 18 ans dont l'un des parents souffre d'une maladie chronique, dont le ménage a perdu un adulte de 18-59 ans au cours de l'année écoulée ou dont le ménage a connu un adulte de 18-59 ans qui a souffert d'une maladie chronique au cours de l'année écoulée	Nombre total d'enfants de moins de 18 ans interrogés
77	Fréquentation scolaire comparative orphelins/non-orphelins	Proportion d'orphelins de père et de mère âgés de 10-14 ans scolarisés	Proportion d'enfants de 10-14 ans scolarisés, dont les deux parents sont vivants et qui vivent avec au moins l'un d'eux
78	Conditions d'accueil des enfants	Nombre d'enfants de 0-17 ans ne vivant pas avec un parent biologique	Nombre total d'enfants de 0-17 ans interrogés
79	Malnutrition chez les enfants rendus orphelins ou	Proportion d'enfants orphelins ou vulnérables de moins de cinq ans atteints d'une insuffisance de poids modérée ou sévère sur l'ensemble des enfants orphelins et vulnérables de moins de cinq ans qui ont été	Proportion d'enfants de moins de cinq ans non classés comme étant orphelins ou vulnérables,

vulnérables par le VIH/SIDA	pesés	atteints d'une insuffisance de poids modérée ou sévère, sur l'ensemble des enfants de moins de cinq ans non classés comme étant orphelins ou vulnérables qui ont été pesés
80 Rappports sexuels précoces chez les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	Proportion d'enfants orphelins et vulnérables de 15-17 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans sur l'ensemble des enfants orphelins et vulnérables de 15-17 ans interrogés	Proportion d'enfants de 15-17 ans non classés comme étant orphelins et vulnérables ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans sur l'ensemble des enfants de 15-17 ans non classés comme étant orphelins et vulnérables interrogés
81 Soutien extérieur aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/SIDA	Nombre d'enfants orphelins et vulnérables de moins de 18 ans dont la famille a reçu un soutien extérieur de base pour la protection	Nombre d'enfants orphelins et vulnérables de moins de 18 ans interrogés
82 Connaissances générales sur la prévention du VIH chez les jeunes	Nombre de femmes de 15-24 ans qui ont su identifier correctement deux méthodes de prévention de l'infection à VIH et qui ont rejeté trois idées fausses courantes sur la transmission du virus	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées
83 Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels	Nombre de femmes de 15-24 ans déclarant avoir utilisé un préservatif lors de rapports sexuels extraconjugaux avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées ayant eu un partenaire extraconjugal occasionnel au cours des 12 derniers mois
84 Âge lors du premier rapport sexuel chez les jeunes	Nombre de femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Nombre total de femmes de 15-24 ans interrogées
85 Rapport sexuel à haut risque au cours de l'année écoulée	Nombre de femmes sexuellement actives âgées de 15-24 ans interrogées ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal occasionnel au cours des 12 derniers mois	Nombre total de femmes de 15-24 ans ayant été sexuellement actives au cours des 12 derniers mois
86 Attitude face aux porteurs du VIH/SIDA	Nombre de femmes exprimant une réponse favorable pour les quatre questions relatives aux porteurs du VIH ou aux malades du sida	Nombre total de femmes interrogées
87 Femmes connaissant les centres de dépistage du VIH	Nombre de femmes déclarant connaître un centre de dépistage du VIH	Nombre total de femmes interrogées
88 Femmes ayant subi le test de dépistage du VIH	Nombre de femmes déclarant avoir subi le test de dépistage du VIH	Nombre total de femmes interrogées
89 Connaissances sur la transmission mère-enfant du VIH	Nombre de femmes ayant correctement identifié les trois modes de transmission verticale	Nombre total de femmes interrogées
90 Prise en charge psychologique pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	Nombre de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois et reçu des consultations prénatales, qui déclarent avoir bénéficié de conseils sur le VIH/SIDA lors de ces consultations	Nombre total de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois interrogées
91 Dépistage pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	Nombre de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois et reçu des consultations prénatales, qui déclarent avoir reçu les résultats de leur test de dépistage du VIH lors de ces consultations	Nombre total de femmes ayant accouché au cours des 24 derniers mois interrogées
92 Différence d'âges des partenaires sexuels	Nombre de femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec un partenaire de 10 ans leur aîné, voire plus	Nombre total de femmes de 15-24 ans sexuellement actives interrogées
96 Source d'approvisionnement	Nombre d'enfants (ou de ménages) dont les approvisionnements se font auprès de fournisseurs publics, présentée individuellement par type de provision : moustiquaires imprégnées, sels de réhydratation orale,	Nombre total d'enfants (ou de ménages) pour lesquels les approvisionnements ont été

	antibiotiques et antipaludéens	obtenus
97 Coût d'approvisionnement	Coût moyen des approvisionnements obtenus, présenté individuellement pour chaque type de provision et classé par leur provenance d'un fournisseur public ou privé : moustiquaires imprégnées, sels de réhydratation orale, antibiotiques et antipaludéens.	Nombre total d'enfants (ou de ménages) pour lesquels les approvisionnements ont été obtenus
98 Besoins à couvrir en matière de planning familial	Nombre de femmes fécondes mariées ou en union, désireuses d'espacer les naissances ou de limiter le nombre de leurs enfants, qui ne pratiquent pas la contraception	Nombre total de femmes mariées ou en union libre interrogées
99 Demande couverte en matière de planning familial	Nombre de femmes mariées ou en union pratiquant la contraception	Nombre de femmes mariées ou en union libre dont la demande en contraception n'est pas couverte ou qui pratiquent la contraception
100 Attitudes face à la violence domestique	Nombre de femmes estimant que le mari/partenaire a le droit de frapper ou de battre sa femme dans au moins l'une de ces circonstances : (1) sortir sans l'aviser, (2) négliger les enfants, (3) se disputer avec lui, (4) refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, (5) brûler les aliments	Nombre total de femmes interrogées

Annexe F : Questionnaires

Fichier séparé



REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
 MINISTÉRIO DE ECONOMIA
 SECRETARIA DE ESTADO DO PLANO E INTEGRAÇÃO REGIONAL
 DIRECÇÃO GERAL DO PLANO



INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA E CENSOS (INEC)

QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR

NÓS SOMOS DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA E CENSOS. NÓS TRABALHAMOS NUM PROJECTO QUE TRATA DA CRIANÇA E MULHER. GOSTARIA DE LHE FALAR SOBRE ESSE ASSUNTO. A ENTREVISTA DURARÁ CERCA DE 50 MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES QUE RECOLHERMOS SERÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E AS SUAS RESPOSTAS JAMAIS SERÃO DIVULGADAS. DURANTE ESTE TEMPO, GOSTARIA DE FALAR COM O CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR E TODAS AS MÃES, AMAS OU OUTRAS PESSOAS QUE CUIDAM DAS CRIANÇAS NA FAMILIA. SERÁ QUE PODEMOS COMENÇAR AGORA? *Se a permissão for dada, começar logo a entrevista.*

MODULO I. INFORMAÇÃO SOBRE O AGREGADO FAMILIAR		HH
HH1. Número de DR: _____	HH2. Número do Agregado Familiar: _____	
HH3. Nome e código do inquiridor: Nome: _____	HH4. Nome e código do controlador: Nome: _____	
HH5 Dia/Mês/Ano da entrevista da entrevista	_____ / _____ / _____ Dia Mês Ano	
HH6. Zona: Urbana .....1 Rural .....2	HH7. Região SAB 1 Bafatá 2 Gabú 3 Biombo 4 Cacheu 5 Oio 6 Tombali 7 Quinara 8 Bolama / Bijagós 9	
HH7B. Bairro/Tabanca : Nome: _____		Código _____
HH 8. Nome do Chefe de Agregado Familiar: _____		
Depois de completar o preenchimento dos questionários do Agregado Familiar, preencher as seguintes informações:		
HH9. Resultado da entrevista ao Agregado Familiar: Completa .....1 Ausente da casa .....2 Recusado .....3 Casa destruída .....4 Outro (especificar) .....6	HH10. Nome e linha do Inquirido no Registo de Agregado Familiar: Nome: _____ N.º de linha: _____	
HH12. Total de Mulheres (de 15 – 49 anos) elegíveis: _____	HH11. Total de membros do Agregado Familiar: _____	
HH14. Total de crianças com menos de 5 anos elegíveis: _____	HH13. Total de questionários da mulher (de 15 à 49 anos) preenchidos: _____	
	HH15. Total de questionários de crianças com menos de 5 anos preenchidos: _____	
Observações do inquiridor/controlador: <i>Utilizar este espaço para registar todas as observações sobre o agregado familiar inquirido, tal como informação sobre as visitas de recordação do assunto, folhas incompletas das entrevistas individuais, número de visitas, etc.</i>		
HH16. Código do agente de digitação: _____	_____	

MODULO II. REGISTO DO AGREGADO FAMILIAR														HL	
PARA COMEÇAR, SE FAZ FAVOR, DIGA-ME O NOME DE CADA PESSOA QUE VIVE HABITUALMENTE AQUI, COMEÇANDO PELO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR. Registrar o chefe do agregado familiar na linha 01. Registrar todos os membros da família (HL2), sua relação com o chefe do agregado familiar (HL3), e seu sexo (HL4). De seguida perguntar: HÁ OUTRAS PESSOAS QUE VIVEM AQUI, MÊSMO SE ELAS NÃO SE ENCONTRAM ACTUALMENTE EM CASA? (ESSAS PODEM COMPREENDER AS CRIANÇAS QUE FORAM A ESCOLA OU AO TRABALHO). Se sim, completar a lista. De seguida, questionar começando por HL5 para cada pessoa, uma de cada vez. Acrescentar uma outra folha se houver mais de 20 membros no agregado familiar. Marque aqui se uma outra folha é utilizada															
HL1. Nº. de linha	HL2. NOME DAS PESSOAS RESIDENTES NO AGREGADO FAMILIAR. (listar primeiro o nome do chefe do agregado, seu(s) conjugue(s) e, filhos e outros parentes)	HL3. QUAL É O LAÇO DE PARENTES CO DE (nome) COM O CHEFE DO AGREGADO? Ver códigos ao final..	HL4. (Nome) ELE/ELA É DE SEXO MASCULINO OU FEMINO NO ? 1 MAS. 2 FEM.	HL5. QUE IDADE TINHA (nome) NA ALTURA DO SEU ÚLTIMO ANIVERSÁRIO? (Registrar em anos cumpridos a idade declarada ou presumida) MENOS DE UM ANO MARCAR 00	Elegível para:			Pessoas de 18-59 anos	Crianças de 0-17 anos Perguntar HL9-HL12A						
					QUESTIO NÁRIO MULHER	MÓDULO TRABALHO DAS CRIANÇAS	QUEST. CRIANÇAS COM MENOS DE 5 ANOS		HL8A. (Nome) ESTEVE ELE/ELA DOENTE DURANTE PELO MENOS 3 MESES NO DECURSO DOS ÚLTIMOS 12 MESES?	HL9. SERÁ QUE A MÃE BIOLÓGICA DE (nome) ESTÁ AINDA DE VIDA? 1 SIM 2 NÃO⇒ HL11 8 NÃO SABE ⇒ HL11	HL10. Se em vida: SERÁ QUE A MÃE BIOLÓGICA DE (nome) VIVE NESTE AGREGADO? Registrar o n.º de linha da mãe ou 00 para não 00 NÃO⇒HL10A	HL10A. Se a mãe não vive no agregado: A MÃE DE (nome) ESTEVE MUITO DOENTE PELO MENOS 3 MESES ÚLTIMOS 12 MESES?	HL11. SERÁ QUE O PAI BIOLÓGICO DE (NOME) ESTÁ AINDA DE VIDA? 1 SIM 2 NÃO⇒ LINHA SEG. 8 NÃO⇒ LINHA SEG.	HL12. Se em vida: SERÁ QUE O PAI BIOLÓGICO DE (nome) VIVE NESTA CASA/FAMÍLIA? Registrar o n.º de linha do pai ou 00 para não	HL12A. Se o pai não vive no agregado: O pai de (NOME) esteve muito doente pelo menos 3 meses no decurso dos últimos 12 meses?
LINHA	NOME.	REL	M F	IDADE	15-49	MÃE	MÃE	S N NS	S N NS	MÃE	S N NS	S N NS	PAI	S N NS	
01		0 1	1 2	___	01	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	
02		___	1 2	___	02	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	
03		___	1 2	___	03	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	
04		___	1 2	___	04	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	
05		___	1 2	___	05	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	
06		___	1 2	___	06	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	
07		___	1 2	___	07	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	
08		___	1 2	___	08	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	

LINHA	NOME.	REL	M F	IDADE	15-49	MÃE	MÃE	S N NS	S N NS	MÃE	S N NS	S N NS	PAI	S N NS
09		___	1 2	___	09	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
10		___	1 2	___	10	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
11		___	1 2	___	11	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
12		___	1 2	___	12	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
13		___	1 2	___	13	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
14		___	1 2	___	14	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
15		___	1 2	___	15	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
16		___	1 2	___	16	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
17		___	1 2	___	17	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
18		___	1 2	___	18	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
19		___	1 2	___	19	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
20		___	1 2	___	20	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8

EXISTEM OUTRAS CRIANÇAS VIVENDO AQUI – MESMO SE ELES NÃO SÃO MEMBROS DA VOSSA FAMÍLIA OU NÃO TÊM PARENTES QUE VIVEM NESTE AGREGADO INCLUINDO AS CRIANÇAS QUE FORAM AO TRABALHO OU A ESCOLA?
Se sim, registrar o nome da criança e complete a folha do agregado. De seguida, complete os totais aqui em baixo.

	Mulheres de 15-49 anos	Crianças de 5-14 anos	Crianças Com menos 5 anos	Muito doente (=1)	Mães falecidas (=2)		Mães muito doentes (=1)	Pais falecidos(=2)		Pais muito doentes (=1)
TOTAL	___	___	___	___	___		___	___		___

*Agora, para cada mulher de 15-49 anos, inscrever o seu nome e o número da linha e as outras informações de identificação do painel de informação do Questionário Mulher.
 Para cada criança com menos de 5 anos, inscrever o seu nome e o número da linha ET o número da linha da mãe e ou do encarregado de educação na página de identificação do Questionário das Crianças com menos de 5 anos.
 Você deve ter agora um questionário separado para cada mulher elegível e para cada criança com menos de cinco anos do agregado/da família*

* Código para HL3: Laço de parentesco com o chefe de família

01 = Chefe de família	09 = Cunhado ou Cunhada
02 = Esposa ou marido	10 = Tio/Tia
03 = Filho ou Filha	11 = Sobrinho/Sobrinha
04 = Genro ou Nora	12 = Neta/Neto por casamento
05 = Neto ou Neta	13 = Outros parentes
06 = Mãe/Pai	14 = Criança adoptada/entregue/Criança do conjugue
07 = Sogro ou Sogra	15 = Sem parentesco
08 = Irmão ou Irmã	98 = Não sabe

MÓDULO EDUCAÇÃO														
Para os membros do agregado/família de 5 anos e mais						Para os membros da família de 5-24 anos								
ED1. N.º de linha	ED1A. Nome	ED2. (Nome) FREQUENTOU ELE/ELA A ESCOLA OU A ESCOLA PRÉ -PRIMÁRIA (JARDIM INFANTIL)?	ED3. QUAL É O MAIS ALTO NÍVEL DE ESCOLARIDADE/ESTUDO QUE (nome) ATINGIU? QUAL É A ÚLTIMA CLASSE QUE (nome) CONCLUIU NESSE NÍVEL?		ED4. DURANTE O ANO LECTIVO (2004- 2005), (nome ELE/ELA FREQUENTOU A ESCOLA OU A ESCOLA PRÉ- PRIMÁRIA UM CERTO TEMPO?	ED5. DESDE (dia da semana) ÚLTIMA, QUANTOS DIAS (nome) FOI ELE/ELA A ESCOLA? <i>Registar o número de dias no espaço abaixo.</i>	ED6. DURANTE ESTE ANO LECTIVO, EM QUE NÍVEL E EM QUE CLASSE ESTÁ/ESTAVA (nome?)		ED7. DURANTE O ANO LECTIVO PRECEDENTE (2003-2004)? (nome) FREQUENTOU ELE/ELA A ESCOLA OU ESCOLA PRÉ- PRIMÁRIA UM CERTO TEMPO ?			ED8. DURANTE O ANO LECTIVO PRECEDENTE, EM QUE NÍVEL E EM QUE CLASSE ESTAVA (nome)?		
		1 SIM ⇒ ED3 2 NÃO ⇒ LINHA SEGUINTE	NÍVEL: 0 ESCOLA PRÉ-ESCOLAR 1 ENSINO BASICO 2 ENSINO SECUNDÁRIA 3 ENSINO MEDIO 4 ENSINO SUPERIOR 6 PROGRAMA NÃO-FORMAL 8 NS CLASSE : 98 NS <i>Se menos de uma classe, inscrever 00.</i>		1 SIM 2 NÃO ⇒ ED7		NÍVEL: 0 ESCOLA PRÉ-ESCOLAR 1 ENSINO BASICO 2 ENSINO SECUNDÁRIA 3 ENSINO MEDIO 4 ENSINO SUPERIOR 6 PROGRAMA NÃO-FORMAL 8 NS CLASSE : 98 NS		1 SIM 2 NÃO⇒ LINHA SEG. 8 NS ⇒ LINHA SEG.			NÍVEL: 0 ESCOLA PRÉ-ESCOLAR 1 ENSINO BASICO 2 ENSINO SECUNDÁRIA 3 ENSINO MEDIO 4 ENSINO SUPERIOR 6 PROGRAMA NÃO-FORMAL 8 NS CLASSE : 98 NS		
LINHA		SIM NÃO	NÍVEL		CLASSE	SIM NÃO	DIAS	NÍVEL		CLASSE	S N NS	NÍVEL		CLASSE
01		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___	___
02		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___	___
03		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___	___
04		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___	___
05		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___	___
06		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___	___
07		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___	___
08		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___	___
09		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___	___
10		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___	___
11		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___	___
12		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___	___

<p>WS6. HABITUALMENTE, O QUE FAZEM PARA TORNAR A ÁGUA QUE BEBEM MAIS SALUBRE/POTÁVEL (MAIS LIMPA)?</p> <p>OUTRA COISA?</p> <p><i>Registar tudo o que for mencionado</i></p>	<p>Ferve-la A</p> <p>Adicionar lixívia/cloro B</p> <p>Filtrar através de um pano C</p> <p>Utilizar um filtro (cerâmico, areia, compósito, etc.) D</p> <p>Desinfecção solar E</p> <p>Deixar repousar F</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) X</p> <p>Não Sabe Z</p>	
SANEAMENTO		
<p>WS7. HABITUALMENTE, QUE TIPO DE CASA DE BANHO UTILIZAM OS MEMBROS DA FAMÍLIA?</p> <p><i>Se «Autoclismo de água» ou «Manual» (11 á 15)</i></p> <p><i>Insistir</i></p> <p>:</p> <p>POR ONDE PASSAM AS ÁGUAS UTILIZADAS?</p> <p><i>Se for necessário, pedir a permissão para ver as casas de banho (W.C.)</i></p> <p>Autoclismo: <i>Dispositivo de descarga, isto é, sistema mecânico para descarga de agua no interior da sanita.</i></p>	<p>Autoclismo/manual</p> <p> Descarga para o sistema de esgoto ou fossa séptica 11</p> <p> Latrina com descarga de agua 12</p> <p> Latrina Melhorada 13</p> <p> Latrina tradicional ou cerco 14</p> <p> Valas a céu aberto 15</p> <p> Rios, ribeiros e linhas de agua 21</p> <p> No mato ou ar livre 95</p> <p> Outro (<i>especificar</i>) 96</p>	<p>95⇒MODULO SEGUINTE</p>
<p>WS8. PARTILHAM ESTA CASA DE BANHO COM OUTROS AGREGADOS FAMILIARES?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	<p>2⇒ MODULO SEGUINTE</p>
<p>WS9. NO TOTAL, QUANTOS AGREGADOS FAMILIARES UTILIZAM ESTA CASA DE BANHO?</p>	<p>N.º de Agregados (se menos de 10) .. 0 ____</p> <p>Dez Agregados ou mais 10</p> <p>Não Sabe 98</p>	

MODULO V. CARACTERISTICAS DO AGREGADO FAMILIAR E HABITAÇÃO		HC
CARACTERISTICAS DO CHEFE DO AGREGADO		
HC1A. QUAL É A RELIGIÃO DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR?	Animista 1 Muçulmana 2 Cristã/católica 3 Outros Cristãos 4 Outra religião (<i>especificar</i>) 6 Não tem religião 7	
HC1B. QUAL É A LÍNGUA MATERNA/LÍNGUA ORIGINAL DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR?	Crioulo 1 Balanta 2 Fula 3 Mandinga 4 Manjaco 5 Mancanha (Brame) 7 Papel 8 Outra língua (<i>especificar</i>) 6	
HC1C. QUAL É A ETNIA DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR?	Balanta 1 Fula 2 Mandinga 3 Manjaco 4 Mancanha (Brame) 5 Papel 8 Sem Etnia 7 Mista 0 Outra língua (<i>especificar</i>) 6	
CARACTERISTICAS DA HABITAÇÃO		
HC2. QUANTOS QUARTOS UTILIZAM PARA DORMIR NESTA CASA?	N.º de quartos _ _	
HC3. PRINCIPAL MATERIAL DO CHÃO: <i>Registar a observação.</i>	Material natural Terra batida 11 Lama 12 Material rudimentar Prancha de madeira 21 Palmeira/Cana de bambu 22 Material acabado Pavimento ou madeira encerrado 31 Vinil ou asfalto 32 Mosaico 33 Cimento 34 Alcatifa 35 Outro (<i>especificar</i>) 96	
HC4. PRINCIPAL MATERIAL DO TELHADO. <i>Registar a observação.</i>	Material natural Não tem tecto 11 Palha/folha de palmeira 12 Erva 13 Material rudimentar Esteira 21 Palmeira/bambu 22 Prancha de madeira 23 Material acabado Metal 31 Madeira 32 Zinco 33 Fibra de cimento 34 Telhas 35 Cimento 36 Pranchas de madeira/Shingles 37	

	Outro (<i>especificar</i>) 96																																								
HC5. PRINCIPAL MATERIAL DE PAREDE. <i>Registrar a observação.</i>	Material natural Não tem Parede 11 Cana Bambu/palmeiras/troncos 12 Lama e resíduos vegetais 13 Material rudimentar Bambu/kirintim com lama 21 Pedra com lama 22 Adobe não recoberto 23 Contraplacado 24 Cartão 25 Madeira de recuperação 26 Material acabado Cimento 31 Pedra com gesso/cimento 32 Tijolos 33 Blocos de cimento 34 Adobe reforçado 35 Pranchas de madeira/shingles 36 Outro (<i>especificar</i>) 96																																								
HC6. NO AGREGADO FAMILIAR, QUE TIPO DE COMBUSTÍVEL UTILIZAM PRINCIPALMENTE PARA A COZINHA?	Electricidade 01 Gás propano liquidificado (GPL) 02 Gás natural 03 Bio gás 04 Petróleo 05 Carvão / Lignite 06 Carvão de madeira 07 Madeira 08 Lenha 09 Bosta. 10 Resíduos agrícolas 11 Outro (<i>especificar</i>) 96	01⇒HC8 02⇒HC8 03⇒HC8 04⇒HC8																																							
HC7. COMO COZINHAM NO AGREGADO FAMILIAR: AO AR LIVRE, EM COZINHA NÃO COBERTA, EM COZINHA COBERTA? <i>Insistir sobre o tipo.</i>	Ao ar livre 1 Cozinha não coberta 2 Cozinha coberta 3 Outro (<i>especificar</i>) 6	3⇒HC8 6⇒HC8																																							
HC7A. SERÁ QUE A COZINHA TEM UMA CHAMINÉ UMA COBERTURA ?	Sim 1 Não 2																																								
HC8. A COZINHA É FEITA GERALMENTE DENTRO DA CASA, NUMA CASA SEPARADA OU NO EXTERIOR?	Dentro da casa 1 Numa casa separada 2 No exterior 3 Outro (<i>especificar</i>) 6																																								
HC9. NO AGREGADO FAMILIAR TEM :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sim</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ELECTRICIDADE?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>RADIO?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>TELEVISÃO?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>TELEFONE MÓVEL?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>TELEFONE FIXO?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>FRIGORÍFICO?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>VENTOINHA?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>MISTURADOR?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>CAMA?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>MESA?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>CADEIRAS?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>MALA OU GUARDA-FATO?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		Sim	Não	ELECTRICIDADE?	1	2	RADIO?	1	2	TELEVISÃO?	1	2	TELEFONE MÓVEL?	1	2	TELEFONE FIXO?	1	2	FRIGORÍFICO?	1	2	VENTOINHA?	1	2	MISTURADOR?	1	2	CAMA?	1	2	MESA?	1	2	CADEIRAS?	1	2	MALA OU GUARDA-FATO?	1	2	
	Sim	Não																																							
ELECTRICIDADE?	1	2																																							
RADIO?	1	2																																							
TELEVISÃO?	1	2																																							
TELEFONE MÓVEL?	1	2																																							
TELEFONE FIXO?	1	2																																							
FRIGORÍFICO?	1	2																																							
VENTOINHA?	1	2																																							
MISTURADOR?	1	2																																							
CAMA?	1	2																																							
MESA?	1	2																																							
CADEIRAS?	1	2																																							
MALA OU GUARDA-FATO?	1	2																																							
HC10. SERÁ QUE UM MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR POSSUI:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sim</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>UM RELÓGIO?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>UMA BICICLETA?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>UMA MOTORIZADA OU UMA LAMBRETA</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>UMA CARRETA PUXADO POR UM ANIMAL?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>UMA VIATUARA OU UM CAMIÃO?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>UMA CANOA À MOTOR?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		Sim	Não	UM RELÓGIO?	1	2	UMA BICICLETA?	1	2	UMA MOTORIZADA OU UMA LAMBRETA	1	2	UMA CARRETA PUXADO POR UM ANIMAL?	1	2	UMA VIATUARA OU UM CAMIÃO?	1	2	UMA CANOA À MOTOR?	1	2																			
	Sim	Não																																							
UM RELÓGIO?	1	2																																							
UMA BICICLETA?	1	2																																							
UMA MOTORIZADA OU UMA LAMBRETA	1	2																																							
UMA CARRETA PUXADO POR UM ANIMAL?	1	2																																							
UMA VIATUARA OU UM CAMIÃO?	1	2																																							
UMA CANOA À MOTOR?	1	2																																							

HC11. SERÁ QUE UM MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR POSSUI TERRA PARA CULTIVO?	Sim 1 Não..... 2	2⇒HC13
HC12. QUANTOS HECTARES DE TERRAS AGRICOLAS POSSUEM OS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR? 1 HÁ = 10 000 METROS ² (EX: UM CAMPO DE FUTEBOL) <i>Se mais 97, registrar '97'.</i> <i>Se não sabe, registrar '98'.</i>	Hectares..... ____ ____	
HC13. SERÁ QUE O AGREGADO FAMILIAR POSSUI GADO, REBANHO OU ANIMAIS DE CRIA?	Sim 1 Não..... 2	2⇒MODULO SEG.
HC14. DESTES ANIMAIS, QUAIS E QUANTOS, POSSUI O AGREGADO FAMILIAR? GADO (TOTAL)? VACAS LEITEIRAS? TOUROS? CAVALOS, BURROS OU MULAS? CABRAS? CARNEIROS? PORCOS? GALINHAS? PATOS? <i>Se nenhum, registrar '00'.</i> <i>Se mais de 97, registrar '97'.</i> <i>Se não sabe, registrar '98'.</i>	<p style="text-align: right;">Quantidade</p> Gado (Total)..... ____ ____ Vacas leiteiras ____ ____ Touros..... ____ ____ Cavalos, burros ou mulas ____ ____ Cabras..... ____ ____ Carneiros..... ____ ____ Porcos..... ____ ____ Galinhas..... ____ ____ Patos..... ____ ____	

MODULO VI. MOSQUITEIROS TRATADOS COM INSECTICIDAS (MTI)		TN																																
TN1. NO AGREGADO FAMILIAR, TÊM MOSQUITEIROS (TENDAS) QUE PODEM SER UTILIZADOS PARA DORMIR?	Sim 1 Não..... 2	2⇒MODULO SEG..																																
TN2. DE QUANTOS MOSQUITEIROS (TENDAS) DISPÕE O AGREGADO FAMILIAR? <i>Se 7 mosquiteiros ou mais, registrar '7'.</i>	Número de mosquiteiros..... ____																																	
TN3. TIPO DE MOSQUITEIRO (TENDA) QUE UTILIZA O AGREGADO FAMILIAR?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">S</th> <th style="text-align: center;">N</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MOSQUITEIROS TRATADOS COM INSECTICIDA QUALQUER MARCA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td colspan="4">MOSQUITEIROS IMPREGNADOS:</td> </tr> <tr> <td> POLIÉSTER</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td> ALGODÃO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td colspan="4">OUTROS MOSQUITEIROS:</td> </tr> <tr> <td> NÃO IMPREGNADO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td> OUTRO TIPO (ESPECIFICAR).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		S	N	NS	MOSQUITEIROS TRATADOS COM INSECTICIDA QUALQUER MARCA.....	1	2	8	MOSQUITEIROS IMPREGNADOS:				POLIÉSTER	1	2	8	ALGODÃO	1	2	8	OUTROS MOSQUITEIROS:				NÃO IMPREGNADO	1	2	8	OUTRO TIPO (ESPECIFICAR).....	1	2	8	
	S	N	NS																															
MOSQUITEIROS TRATADOS COM INSECTICIDA QUALQUER MARCA.....	1	2	8																															
MOSQUITEIROS IMPREGNADOS:																																		
POLIÉSTER	1	2	8																															
ALGODÃO	1	2	8																															
OUTROS MOSQUITEIROS:																																		
NÃO IMPREGNADO	1	2	8																															
OUTRO TIPO (ESPECIFICAR).....	1	2	8																															
TN3A. ONDE OBTEVE O MOSQUITEIRO (TENDA)?	Sistema de Saúde Publica: Hospital Estatal 11 Centro de Saúde 12 Posto de Saúde 13 Centro de Saúde Comunitária 14 Outro público (<i>especificar</i>) 16 Sistema de Saúde Privados Clínica/Hospital privada(o) 21 Médico privado 22 Farmácia privada..... 23 Outro medico Privado (<i>especificar</i>) 26 Outra fonte Parente ou amigo 31 Mercado 32 Curandeiro tradicional 33 Outro (<i>especificar</i>) 96 Não Sabe98																																	
TN3B. QUANTO PAGOU PELO MOSQUITEIRO (TENDA) ?	Moeda local (FCFA)..... ____ Gratuito 9996 Não Sabe 9998																																	
TN4. <i>Verificar TN3 para tipo de mosquiteiro (s). Marcar um quadradinho em conformidade com as instruções abaixo:</i> 1. <i>Mosquiteiro tratados com insecticida ? ⇒ Passar ao Modulo Seguinte</i> 2. <i>Mosquiteiro impregnado? ⇒ Passar à TN6</i> 3. <i>Outro mosquiteiro,? ⇒ Continuar com TN5</i>																																		
TN5. QUANDO OBTEVE O (MAIS RECENTE) SEU MOSQUITEIRO (TENDA), ESTAVA TRATADO COM INSECTICIDA PARA MATAR OU AFASTAR OS MOSQUITOS?	Sim 1 Não..... 2 Não Sabe/Não está seguro 8																																	
TN6. DESDE QUANDO POSSUI (MAIS RECENTE) MOSQUITEIRO (TENDA)? <i>Se menos de 1 mês, escrever '00'. Se a resposta é "12 meses" ou "1 ano", insistir para determinar se o mosquiteiro foi obtido exactamente à 12 meses ou mais cedo ou mais tarde.</i>	Mês ____ Mais de 24 meses..... 95 Não Sabe/Não está seguro 98																																	

TN7. DESDE QUE OBTEVE O(S) MOSTIQUEIRO(S), SERÁ QUE O(S) MOLHOU OU MERGULHOU NUM LÍQUIDO PARA MATAR/AFASTAR OS MOSQUITOS?	Sim 1 Não..... 2 Não Sabe 8	2⇒MODULO SEG. 8⇒MODULO SEG.
TN8. QUANTO TEMPO PASSOU DESDE QUE O MOSQUITEIRO (TENDA) FOI MOLHADO OU MERGULHADO PELA ÚLTIMA VEZ NUM LÍQUIDO INSECTICIDA? <i>Se mais de 1 mês, escrever '00'. Se a resposta é "12 meses" ou "1 ano", insistir para determinar se o mosquito foi obtido há exactamente 12 meses ou mais cedo ou mais tarde</i>	Mês _ _ Mais de 24 meses..... 95 Não Sabe/Não está seguro 98	

MODULO VII. CRIANCAS VULNÉRAVEIS E ORFÃOS DEVIDO AO SIDA (0 – 17 ANOS) OV		
OV1. <i>Verificar HL5 : Há uma criança de 0-17 anos?</i> <i>Sim Continuar com OV2</i> <i>Não Modulo seguinte</i>		
OV2. GOSTARIA QUE PENSASSE NOS ULTIMOS 12 MESES. SERÁ QUE UM MEMBRO DA FAMILIA MORREU NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES?	Sim 1 Não..... 2	2⇒OV5
OV3. (DOS QUE MORRERAM NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES), HAVIA PESSOAS COM IDADE ENTRE 18 E 59 ANOS ?	Sim 1 Não..... 2	2⇒OV5
OV4. (DOS QUE MORRERAM NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES E COM IDADE ENTRE 18 E 59 ANOS) HAVIA ALGUÉM QUE ESTAVA GRAVEMENTE DOENTE DURANTE PELO MENOS TRES MESES NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES ANTES DE MORRER?	Sim 1 Não..... 2	1⇒OV8
OV5. <i>Voltar ao Registo do Agregado familiar (Modulo II) e verificar o seguinte :</i> 1. Verificar o total de HL9 e HL11. <i>Pelo menos uma mãe ou pai falecida(o) Passar à OV8</i> <i>Não há mãe ou pai falecida(o)</i> 2. Verificar o total de HL8A. <i>Pelo menos um adulto com idade de 18-59 esteve muito doente durante pelo menos 3 meses no decurso dos últimos 12 meses</i> <i>Passar à OV8</i> <i>Não há adulto com idade de 18-59 muito doente durante pelo menos 3 meses no decurso dos últimos 12 meses</i> 3. Verificar o total de HL10A e HL12A. <i>Pelo menos uma mãe ou um pai doente durante pelo menos 3 meses no decurso de últimos 12 meses ⇒ Passar à OV8</i> <i>Não há mãe ou pai doente durante pelo menos 3 meses no decurso de últimos meses ⇒ Passa ao Modulo VIII Seguinte</i>		

MODULO VII. CONTINUAÇÃO.

OV8. Listar todas as **crianças de 0-17 anos**. Registrar os nomes, os números da linha e as idades de todas as crianças, começando pela primeira criança, e continuar na ordem como estão listados no Módulo II. Registo do Agregado Familiar. Utilizar um questionário adicional se houver mais de 8 crianças com idade de 0-17 ano na família. Perguntar tudo sobre uma criança antes de passar para a criança seguinte.

OV8. LISTAR TODAS AS CRIANÇAS DE 0-17 ANOS:	1ª CRIANÇA	2ª CRIANÇA	3ª CRIANÇA	4ª CRIANÇA
<i>Nome (de HL2)</i>	_____	_____	_____	_____
<i>Numero de linha (de HL1)</i>	___	___	___	___
<i>Idade (de HL5)</i>	___	___	___	___
OV9. GOSTARIA DE VOS PERGUNTAR SOBRE QUALQUER TIPO DE AJUDA OU DE APOIO ORGANIZADO QUE A VOSSA FAMILIA RECEBEU PARA (<i>nome</i>) E PARA O QUAL VOCES NÃO PAGARAM. PELA AJUDA OU APOIO ORGANIZADO, QUERO DIZER UMA AJUDA OU APOIO FORNECIDO POR ALGUÉM QUE TRABALHA PARA UM PROGRAMA, QUER SEJA DO GOVERNO, DO SECTOR PRIVADO, RELIGIOSO, DE UM ORGANISMO DE CARIDADE OU DE UM PROGRAMA DE BASE COMUNITARIA. É BOM RECORDAR-SE DE QUE SE TRATA DE APOIO PARA O QUAL VOCE NÃO PAGOU.				
OV10. GOSTARIA AGORA DE VOS PERGUNTAR SOBRE O APOIO QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU PARA (<i>nome da criança</i>). NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES, SERA QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU UM APOIO MEDICO PARA (<i>nome da criança</i>) E MEDICAMENTOS?	Sim..... 1 Não .....2 Não Sabe 8			
OV11. NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES, SERA QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU UM APOIO EMOCIONAL OU PSICOLOGICO PARA (<i>nome da criança</i>) COMO DA COMPANHIA, DE CONCELHOS DE UM CONSELHEIRO FORMADO, OU DE APOIO ESPIRITUAL?	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS .....8
OV12. SERÁ QUE A VOSSA FAMILIA RECEBEU QUALQUER DESSES APOIOS NO DECORRER DOS ULTIMOS 3 MESES?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8
OV13. SERÁ QUE, NO DECORRER DOS ULTIMOS 12 MESES, O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU APOIO MATERIAL PARA (<i>nome da criança</i>) COMO VESTUARIOS, ALIMENTOS OU UM APOIO FINANCEIRO?	Sim..... 1 Não .....2 ⇒OV15 NS8	Sim..... 1 Não .....2 ..... ⇒OV15 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ..... ⇒OV15 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ..... ⇒OV15 NS .....8
OV14. SERÁ QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU QUALQUER DESSES APOIOS NO DECORRER DOS ULTIMOS 3 MESES?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8
OV15. SERÁ QUE, NO DECORRER DOS ULTIMOS 12 MESES, A VOSSA FAMILIA RECEBEU APOIO SOCIAL PARA (<i>nome da criança</i>) COMO AJUDA PARA CASA, UMA FORMACAO PARA DISPENSAR CUIDADOS OU UMA ASSISTENCIA PARA AS GESTÕES ADMINISTRATIVAS?	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS .....8
OV16. SERÁ QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU QUALQUER DESSES APOIOS NO DECORRER DOS ULTIMOS 3 MESES?	Sim..... 1 Não .....2 NS8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8
OV17. <i>Verificar OV8 : Idade da criança e marcar :</i>	Idade 0-4 ⇒ Criança seguinte Idade 5-17 ⇒ OV18	Idade 0-4 ⇒ Criança seguinte Idade 5-17 ⇒ OV18	Idade 0-4 ⇒ Criança seguinte Idade 5-17 ⇒ OV18	<i>Idade 0-4</i> ⇒ <i>Criança seguinte</i> <i>Idade 5-17</i> ⇒ <i>OV18</i>
OV18. SERÁ QUE, NO DECORRER DOS ULTIMOS 12 MESES, A VOSSA FAMILIA RECEBEU APOIO PARA A ESCOLARIDADE DE (<i>nome da criança</i>) COMO UMA BOLSA, UMA INSCRICAO GRATUITA, OS LIVROS OU FORNECIMENTOS ESCOLARES?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não 2 NS 8	Sim..... 1 Não 2 NS 8	Sim..... 1 Não 2 NS 8

MODULO VII. CONTINUAÇÃO.

OV8. Listar todas as **crianças de 0-17 anos**. Registrar os nomes, os números da linha e as idades de todas as crianças, começando pela primeira criança, e continuar na ordem como estão listados no Módulo II. Registo do Agregado Familiar. Utilizar um questionário adicional se houver mais de 8 crianças com idade de 0-17 ano na família. Perguntar tudo sobre uma criança antes de passar para a criança seguinte.

OV8. LISTAR TODAS AS CRIANÇAS DE 0-17 ANOS:	5ª CRIANÇA	6ª CRIANÇA	7ª CRIANÇA	8ª CRIANÇA
<i>Nome (de HL2)</i>	_____	_____	_____	_____
<i>Numero de linha (de HL1)</i>	__ __	__ __	__ __	__ __
<i>Idade (de HL5)</i>	_____	_____	_____	_____
OV9. GOSTARIA DE VOS PERGUNTAR SOBRE QUALQUER TIPO DE AJUDA OU DE APOIO ORGANIZADO QUE A VOSSA FAMILIA RECEBEU PARA (<i>nome</i>) E PARA O QUAL VOCES NÃO PAGARAM. PELA AJUDA OU APOIO ORGANIZADO, QUERO DIZER UMA AJUDA OU APOIO FORNECIDO POR ALGUÉM QUE TRABALHA PARA UM PROGRAMA, QUER SEJA DO GOVERNO, DO SECTOR PRIVADO, RELIGIOSO, DE UM ORGANISMO DE CARIDADE OU DE UM PROGRAMA DE BASE COMUNITARIA. E BOM RECORDAR-SE DE QUE SE TRATA DE APOIO PARA O QUAL VOCE NÃO PAGOU.				
OV10. GOSTARIA AGORA DE VOS PERGUNTAR SOBRE O APOIO QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU PARA (<i>nome da criança</i>). NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES, SERA QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU UM APOIO MEDICO PARA (<i>nome da criança</i>) E MEDICAMENTOS?	Sim..... 1 Não .....2 NS8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8
OV11. NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES, SERA QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU UM APOIO EMOCIONAL OU PSICOLOGICO PARA (<i>nome da criança</i>) COMO DA COMPANHIA, DE CONCELHOS DE UM CONSELHEIRO FORMADO, OU DE APOIO ESPIRITUAL?	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS .....8
OV12. SERÁ QUE A VOSSA FAMILIA RECEBEU QUALQUER DESSES APOIOS NO DECORRER DOS ULTIMOS 3 MESES?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8
OV13. SERÁ QUE, NO DECORRER DOS ULTIMOS 12 MESES, O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU APOIO MATERIAL PARA (<i>nome da criança</i>) COMO VESTUARIOS, ALIMENTOS OU UM APOIO FINANCEIRO?	Sim..... 1 Não .....2 ⇒OV15 NS8	Sim..... 1 Não .....2 ..... ⇒OV15 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ..... ⇒OV15 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ..... ⇒OV15 NS .....8
OV14. SERÁ QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU QUALQUER DESSES APOIOS NO DECORRER DOS ULTIMOS 3 MESES?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8
OV15. SERÁ QUE, NO DECORRER DOS ULTIMOS 12 MESES, A VOSSA FAMILIA RECEBEU APOIO SOCIAL PARA (<i>nome da criança</i>) COMO AJUDA PARA CASA, UMA FORMACAO PARA DISPENSAR CUIDADOS OU UMA ASSISTENCIA PARA AS DEMARCHES ADMINISTRATIVAS?	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS .....8
OV16. SERÁ QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU QUALQUER DESSES APOIOS NO DECORRER DOS ULTIMOS 3 MESES?	Sim..... 1 Não .....2 NS8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8
OV17. <i>Verificar OV8 : Idade da criança e marcar :</i>	Idade 0-4 ⇒ Criança seguinte Idade 5-17 ⇒ OV18	Idade 0-4 ⇒ Criança seguinte Idade 5-17 ⇒ OV18	Idade 0-4 ⇒ Criança seguinte Idade 5-17 ⇒ OV18	<i>Idade 0-4</i> ⇒ Criança seguinte <i>Idade 5-17</i> ⇒ OV18
OV18. SERÁ QUE, NO DECORRER DOS ULTIMOS 12 MESES, A VOSSA FAMILIA RECEBEU APOIO PARA A ESCOLARIDADE DE (<i>nome da criança</i>) COMO UMA BOLSA, UMA INSCRICAO GRATUITA, OS LIVROS OU FORNECIMENTOS ESCOLARES?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não 2 NS 8	Sim..... 1 Não 2 NS 8	Sim..... 1 Não 2 NS 8

MODULO VIII. TRABALHO DAS CRIANCAS (DE 5 À 14 ANOS)											CL						
<p>As questões deste módulo devem ser postas à mãe/encarregado de cada criança na família com idade de 5 à 14 anos. AGORA, GOSTARIA DE VOS PERGUNTAR SOBRE TODOS OS TIPOS DE TRABALHO QUE AS CRIANCAS VIVENDO NESTA FAMILIA PUDEAM FAZER.</p>																	
CL1. No. de linha. (copiar o N.º de linha de HL1)	CL2. Nome	CL3. NO DECORRER DA ULTIMA SEMANA (nome) ELE/ELA FEZ QUALQUER TRABALHO PARA ALGUEM QUE NAO E MEMBRO DESTA FAMILIA? Se Sim: FOI ELE/ELA PAGO(A) EM DINHEIRO OU EM GENERO?	CL4. Se Sim: NOS ULTIMOS 7 DIAS, CERCA DE QUANTAS HORAS ESTEVE ELE/ELA A FAZER O TRABALHO PARA ALGUEM QUE NAO E MEMBRO DESTA FAMILIA? Se mais de um trabalho, fazer a soma de horas desses trabalhos. Registrar a resposta, depois ⇒ CL.6	CL5. NO DECORRER DO ANO PASSADO (nome) ELE/ELA FEZ QUALQUER TRABALHO PARA ALGUEM QUE NAO E MEMBRO DESTA FAMILIA? Se Sim: FOI ELE/ELA PAGO(A) EM DINHEIRO OU EM GENERO?	CL6. NO DECORRER DA ULTIMA SEMANA (nome) ESTEVE ELE/ELA A AJUDAR NOS TRABALHOS DE CASA TAIS COMO IR AS COMPRAS, COZINHAR, LIMPAR E BUSCAR LENHA E AGUA OU GUARDAR AS CRIANCAS?	CL7. Se Sim: NOS ULTIMOS 7 DIAS, CERCA DE QUANTAS HORAS ESTEVE A FAZER TRABALHOS DOMESTICOS?	CL8. NO DECORRER DA ÚLTIMA SEMANA (nome) ELE/ELA FEZ OUTROS TRABALHOS PARA A FAMILIA (NA PONTA OU UM COMERCIO, OU VENDER MERCADORIAS NA RUA?	CL9. Se Sim: ULTIMOS 7 DIAS, CERCA DE QUANTAS HORAS ESTEVE A FAZER ESSE TRABALHO?									
NO DE LINHA	NOME	SIM			SIM			SIM		NO. DE HORAS		SIM		NÃO		NO. DE HORAS	
		PAGO	N.PAGO	NÃO	PAGO	PAGO	N.PAGO	NÃO	PAGO	NÃO							
		1	2	3	_____	1	2	3	1	2	_____	1	2	_____	1	2	_____
		1	2	3	_____	1	2	3	1	2	_____	1	2	_____	1	2	_____
		1	2	3	_____	1	2	3	1	2	_____	1	2	_____	1	2	_____
		1	2	3	_____	1	2	3	1	2	_____	1	2	_____	1	2	_____
		1	2	3	_____	1	2	3	1	2	_____	1	2	_____	1	2	_____
		1	2	3	_____	1	2	3	1	2	_____	1	2	_____	1	2	_____
		1	2	3	_____	1	2	3	1	2	_____	1	2	_____	1	2	_____
		1	2	3	_____	1	2	3	1	2	_____	1	2	_____	1	2	_____
		1	2	3	_____	1	2	3	1	2	_____	1	2	_____	1	2	_____
		1	2	3	_____	1	2	3	1	2	_____	1	2	_____	1	2	_____
		1	2	3	_____	1	2	3	1	2	_____	1	2	_____	1	2	_____
		1	2	3	_____	1	2	3	1	2	_____	1	2	_____	1	2	_____
		1	2	3	_____	1	2	3	1	2	_____	1	2	_____	1	2	_____

MODULO IX. DISCIPLINA DE CRIANÇAS
(CRIANÇAS 2 – 14 ANOS)
TABELA 1: CRIANÇAS COM IDADE DE 2-14 ANOS ELEGÍVEIS PARA AS QUESTÕES DE DISCIPLINA

Rever a lista dos membros do Agregado Familiar e registar cada criança **com idade de 2-14 anos** no quadro abaixo em ordem consoante seu número da linha (HL1). Não incluir os outros membros da família que não têm idade de 2-14 anos. Registrar o número de linha, o nome, o sexo, a idade e o número de linha da mãe/encarregado de cada criança. Depois registar o número total das crianças com idade de 2-14 no quadradinho reservada (CD) 7.

CD1. Fila No.	CD2. Linha Nº de HL1.	CD3. Nome de HL2.	CD4. Sexo de HL4.		CD5. Idade de HL5.	CD6. Linha da mãe/encarregado de HL7 ou HL8.
FILA	LINHA	NOME	M	F	IDADE	MÃE
1	---		1	2		__ __
2	---		1	2		__ __
3	---		1	2		__ __
4	---		1	2		__ __
5	---		1	2		__ __
6	---		1	2		__ __
7	---		1	2		__ __
8	---		1	2		__ __
9	---		1	2		__ __
10	---		1	2		__ __
CD7.	Total crianças com idade de 2-14 anos				__ __	

Se houver uma só criança na família de 2-14 anos saltar o quadro 2 e ir a questão CD11 para administrar as questões do módulo 'disciplina da criança' para essa criança.

TABELA 2: SELECCAO ALEATORIAS PARA AS QUESTÕES DE DISCIPLINA DA CRIANÇA

Utilizar este quadro para seleccionar uma **criança com idade de 2 aos 14 anos**, se houver muitas no agregado familiar. Procurar a última cifra do número do agregado familiar (HH2) no Módulo I. Deve-se ir para o número da linha da tabela abaixo. Verificar o número total das crianças elegíveis (2-14) na questão CD7 acima. Deve-se ir para o número da coluna da tabela abaixo. Procurar a caixa onde a linha e a coluna se cruzam e marcar a cifra que aparece nessa caixa. É a fila da criança para a qual as questões devem ser postas. Registrar a fila na questão CD9 abaixo. Finalmente, registar o número e o nome da criança seleccionada na casa da variável CD11 da página seguinte. Depois, encontrar o número da mãe/encarregado de educação dessa criança e perguntar-lhe as questões a partir de CD12.

CD8.	NUMERO TOTAL DAS CRIANÇAS ELEGÍVEIS NO AGREGADO							
	COLUNA							
Última cifra do número de Agregado Familiar (HH2). Linha	1	2	3	4	5	6	7	8+
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

CD9. Registrar a fila da criança seleccionada a partir da tabela N° 2 acima

Fila da criança seleccionada __ __

MODULO IX. DISCIPLINA DE CRIANCAS (CONTINUAÇÃO)
CD

Identificar no Agregado Familiar a criança elegível com **idade de 2-14 anos** utilizando a tabela da página precedente respeitando as instruções. Pedir para entrevistar a mãe/encarregado da criança seleccionada (identificada pela linha da mãe/encarregado CD6, em tabela 1).

CD11. Escrever o nome e numero da linha da criança seleccionada para o modulo a partir de CD3 e CD2, e sobre a fila da questão CD9.

Nome _____

Numero da linha

CD12. TODOS OS ADULTOS UTILIZAM CERTOS MEIOS PARA EDUCAR SEUS FILHOS A MANEIRA DE COMPORTAR-SE OU DE CONDUZIR-SE CORECTAMENTE. VOU LER-VOS UMA VARIEDADE DE METODOS QUE SÃO UTILIZADOS E GOSTARIA QUE ME DISSÉSSE SE VOCE OU OUTRO ALGUÉM DA FAMILIA OS UTILIZOU COM (*nome*) **NO MÊS PASSADO, “OS TREINTA DIAS ANTERIORES AO DIA DA ENTREVISTA ”**

CD12A. RETIRAR OS PRIVILEGIOS, INTERDITAR ALGUMA COISA QUE (*nome*) GOSTA OU NAO PERMITIR-LHE SAIR DE CASA

Sim 1
Não..... 2

CD12B. EXPLICAR A CRIANÇA ALGUMA COISA PORQUE QUE A CONDUTA FOI MA.

Sim 1
Não..... 2

CD12C. SACUDI-LO/LA.

Sim 1
Não..... 2

CD12D. GRITAR SOBRE ELE.

Sim 1
Não..... 2

CD12E. DAR-LHE ALGUMA COISA QUALQUER PARA FAZER.

Sim 1
Não..... 2

CD12F. PALMADA, BATER OU BOFETEAR COM A MAO NUA.

Sim 1
Não..... 2

CD12G. BATER-LHE NAS TRASEIRAS OU EM QUALQUER PARTE DO CORPO COM ALGUMA COISA COMO O CINTO, UMA ESCOVA DE CABELOS, UM PAU OU OUTROS OBJECTOS DUROS.

Sim 1
Não..... 2

CD12H. CHAMAR-LHE IDIOTA, PREGUIÇOSO OU QUALQUER COISA DO GENERO.

Sim 1
Não..... 2

CD12I. BATER OU BOFETEAR NA CARA, NA CABEÇA OU NAS ORELHAS.

Sim 1
Não..... 2

CD12J. BATER-LHE NA MAO, NO BRAÇO OU NA PERNA.

Sim 1
Não..... 2

CD12K. BATER-LHE COM UM INSTRUMENTO (MAIS E MAIS FORTE/DURO QUE POSSIVEL).

Sim 1
Não..... 2

CD13. PENSA QUE PARA REALMENTE EDUCAR, (*nome*) T VOCE TEM A NECESSIDADE DE O CASTIGAR FISICAMENTE?

Sim 1
Não..... 2
Não sabe/não tem opinião 8

MODULO X. MORTALIDADE MATERNA
(COM IDADE DE 15 ANOS OU MAIS)
MM

Por as questões deste modulo à cada membro adulto da família. Copiar o nome e o numero da linha de cada adulto (com idade de 15 anos ou mais) a partir do Modulo II Registo Agregado Familiar. Se um dos membros adultos não estiver em casa, um outro membro adulto pode responder no seu lugar. Neste caso marcar '1' na MM3, e inscrever o numero da linha deste(a) outro entrevistado(a) na MM4.

MM1. Linha n° (copiar o N.º de linha de HL1)	MM2. Nome	MM3. SERÁ QUE A INFORMAÇÃO É DADA EM NOME DE OUTRA ? 1 SIM ⇒MM4 2 NAO ⇒MM5		MM4. Numero de linha do entrevistado(a) que responde em nome de outro (A partir do Registo do Agregado Familiar, linha de HL1)	MM5. QUANTAS IRMAS (NASCIDAS DA MESMA MAE) TEM VOCE ? 98= NÃO SABE	MM6. ENTRE ESSAS IRMAS, QUANTAS ATINGIRAM A IDADE DE 15 ANOS? 98= NÃO SABE	MM7. ENTRE ESSAS IRMAS (QUE TÊM PELO MENOS 15 ANOS), QUANTAS DELAS ESTAO AINDA DE VIDA? 98= NÃO SABE	MM8. ENTRE ESSAS IRMAS QUE ATINGIRAM A IDADE DE 15 ANOS OU MAIS, QUANTAS DELAS FALECERAM? 98= NÃO SABE	MM9. ENTRE ESSAS IRMAS QUE FALECERAM, QUANTAS DELAS FALECERAM QUANDO AINDA ESTAVAM GRAVIDAS, DURANTE O PARTO OU NAS SEIS SEMANAS DEPOIS DO FIM DA GRAVIDEZ ? 98= NÃO SABE
LINHA	NOME	S	N	LINHA	IRMAS				
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---	---

MODULO XI. SAL IODADO**SI**

SI1. GOSTARÍAMOS DE VERIFICAR SE O SAL QUE UTILIZAM NA VOSSA FAMÍLIA É IODADO. POSSO VER UMA AMOSTRA DO SAL UTILIZADO NA **PREPARAÇÃO DA REFEIÇÃO PRINCIPAL CONSUMIDA NO DIA ANTERIOR** A ENTREVISTA PARA PREPARAR A COMIDA DOS MEMBROS DA FAMÍLIA ?

(APLICAR KIT DE TESTE)

Uma vez examinado o sal, circular o numero que corresponde ao resultado do teste.

Não iodado 0 PPM (Incolor) 1
Menos de 15 PPM (Cor fraco) 2
15 PPM ou mais (Cor forte) 3

Não há sal em casa 6

Sal não testado 7

SI2. *Há mulheres elegíveis com idade de 15-49 anos que vivem na família?*

Verificar a folha de registo da família, coluna HL6. Você deve ter um questionário cujo painel de informação é preenchido para cada mulher elegível.

*Sim. ⇒ Passar ao QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL MULHER
Começar com o questionário da primeira mulher elegível.*

Não ⇒ Continuar S13

SI3. *Há crianças com menos de 5 anos que vivem na família?*

Verificar a folha de registo da família, coluna HL8. Você deve ter um questionário cujo painel de informação é preenchido para cada criança elegível.

*Sim. ⇒ Passar ao QUESTIONÁRIO SOBRE AS CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS.
Começar com o questionário a mãe ou encarregado para a primeira criança elegível.*

*Não ⇒ Fim da entrevista. Antes de partir, agradecer o entrevistado(a) pela sua colaboração.
Recolher todos os questionários dessa família e registar o número de questionários preenchidos na pagina de cobertura HH15.*

QUESTIONARIO INDIVIDUAL DE MULHER 15-49 ANOS



REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
MINISTÉRIO DE ECONOMIA

SECRETARIA DE ESTADO DO PLANO E INTEGRAÇÃO REGIONAL
DIRECÇÃO GERAL DO PLANO



INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA E CENSOS (INEC)

MODULO XII. INFORMAÇÃO DA MULHER		WM
<p><i>Este questionário deve ser administrado à cada mulher com idade entre os 15 aos 49 anos de idade (ver coluna HL6 da folha de registo do agregado familiar). Preencher uma ficha para cada mulher elegível. Inscrever os números de amostragem (grappe) o e do agregado familiar, e o nome e numero de linha da mulher no espaço abaixo indicado. Inscrever o seu nome, seu numero de código e a data.</i></p>		
WM1. Número de DR : _____	WM2. Numero de agregado familiar : _____	
WM3. Nome da mulher : _____	WM4. Numero de linha da mulher : _____	
WM5. Nome e numero de código do inquiridora : _____	WM6. Dia/Mês/Ano da entrevista : _____/_____/_____	
WM7. Resultado da entrevista da mulher	Preenchido .....1 Não esta em casa .....2 Recusou .....3 Preenchido parcialmente .....4 Incapacidade .....5 Outro (<i>especificar</i>) .....6	

Apresentar os seus cumprimentos à mulher, se ainda não o fez: Se o inquirido vos der a permissão, comece a entrevista. Se a mulher não estiver de acordo para continuar, agradeça-a, completar WM7 e passar à entrevista seguinte. Discutir o resultado com o seu controlador para uma outra entrevista.

WM8. EM QUE MÊS E ANO NASCEU ?	Data de nascimento: Mês Não Sabe mês 98 Ano Não Sabe o Ano 9998	
WM9. QUE IDADE TINHA NO SEU ULTIMO ANIVERSÁRIO ?	Idade (em anos completados)	

WM10. SERÁ QUE FREQUENTOU A ESCOLA?	Sim 1 Não 2	2⇒WM14
WM11. QUAL É O MAIS ALTO NÍVEL DE ESCOLARIDADE/ESTUDO QUE ATINGIU?	1 ENSINO BÁSICO 1 2 ENSINO SECUNDÁRIA 2 3 ENSINO MÉDIO 3 4 ENSINO SUPERIOR 4 6 PROGRAMA NÃO-FORMAL 6 8 NÃO SABE 8	
WM12. QUAL FOI A ÚLTIMA CLASSE QUE VOCE CONSEGUIU ACABAR?	Classe _ _	
WM13. Verificar WM11: <input type="checkbox"/> Secundário ou mais ⇒ Passar para o módulo seguinte <input type="checkbox"/> Primária ou programa não formal ⇒ Continuar com WM14		
WM14. AGORA, GOSTARIA QUE ME LESSE ESTA FRASE. <i>Mostrar a frase ao inquirido/a. Se o inquirido/a não pode ler uma frase inteira, insistir: SERÁ QUE ME PODE LER CERTAS PARTES DA FRASE ?</i> <i>Exemplo de frases para o teste de alfabetização :</i> 1. A criança lê um livro. 2. As chuvas estão atrasadas este ano. 3. As famílias devem cuidar das suas crianças 4. O trabalho de campo é duro.	Não sabe ler nada 1 Pode ler certas partes 2 Pode ler toda a frase 3 Não existe texto na língua que convém 4 (especificar a língua) Cego/mudo, problema de vista/audição 5	

MODULO XIII. MORTALIDADE INFANTIL		CM
<i>Este questionário deve ser administrado à cada mulher com idade entre os 15 aos 49 anos de idade. As questões só dizem respeito aos nascimentos VIVOS.</i>		
CM1. AGORA, GOSTARIA DE LHE COLOCAR QUESTÕES SOBRE TODOS OS NASCIMENTOS QUE VOCÊ TEVE DURANTE A SUA VIDA. SERÁ QUE TEM FILHOS/AS? <i>Se «Não» insista perguntando: QUERO DIZER, SERÁ QUE TEM UM/A FILHO/A COM VIDA (QUE RESPIRA, CHORA OU MOSTRA OUTROS SINAIS DE VIDA) – MÉSMO QUE TENHA SOBREVIVIDO SOMENTE ALGUMAS HORAS OU MINUTOS ?</i>	Sim 1 Não 2	2⇒ MODULO XVI UNIÃO/ CASAMENTO
CM2A. QUAL É A DATA DE NASCIMENTO DA SUA PRIMEIRA CRIANÇA ? QUERO DIZER, A PRIMEIRA VEZ QUE VOCÊ DEU A LUZ UMA CRIANÇA, MESMO SE ESSA CRIANÇA FALECEU, OU TENHA UM OUTRO PAI ALÉM DO SEU ACTUAL PARCEIRO. <i>Passar para CM3 somente se o ano de nascimento da primeira criança é conhecido. De contrário, continuar com CM2B.</i>	Data do primeiro nascimento Dia _ _ Não Sabe o dia 98 Mês _ _ Não Sabe mês 98 Ano _ _ _ _ Não Sabe o Ano 9998	⇒CM3 ↓CM2B
CM2B. HÁ QUANTOS ANOS TEVE O SEU PRIMEIRO PARTO ? <i>(se não sabe escrever 99)</i>	Anos passados desde o seu primeiro parto _ _	
CM3. TEM FILHOS OU FILHAS SEUS (QUE TENHA DADO Á LUZ) E QUE VIVEM ACTUALMENTE CONSIGO ?	Sim 1 Não 2	2⇒CM5
CM4. QUANTOS FILHOS VIVEM CONSIGO ? QUANTAS FILHAS VIVEM CONSIGO ? (NENHUM" FILHOS REGISTE 00)	Filhos em casa _ _ Filhas em casa _ _	
CM5. TEM FILHOS OU FILHAS SEUS(QUE TENHA DADO Á LUZ) DE VIDA MAS QUE NÃO VIVEM CONSIGO ?	Sim 1 Não 2	2⇒CM7

CM6. QUANTOS FILHOS EM VIDA MAS QUE NAO VIVEM CONSIGO ? QUANTAS FILHAS EM VIDA MAS QUE NÃO VIVEM CONSIGO? (NENHUM" FILHOS REGISTE 00)	Filhos fora da casa __ __ Filhas fora da casa __ __	
CM7. SERÁ QUE VOCE DEU A LUZ À UMA CRIANÇA (FILHO OU FILHA) QUE NASCEU VIVO/A, MAS QUE MAIS TARDE FALECEU ?	Sim..... 1 Não 2	2⇒CM9
CM8. QUANTOS FILHOS (RAPAZES) FALECERAM? QUANTAS FILHAS (MENINAS) FALECERAM? (NENHUM" FILHOS REGISTE 00)	Filhos falecidos __ __ Filhas falecidas __ __	
CM9. <i>Fazer a soma das respostas à CM4, CM6, e CM8.</i>	Total..... __ __	⇒CM10
CM10. GOSTARIA DE ESTAR SEGURO DE TER BEM COMPREENDIDO : VOCE TEVE NO TOTAL (<i>numero do total</i>) PARTOS DURANTE A SUA VIDA. ESTA CORRECTO ? <input type="checkbox"/> <i>Sim. ⇒ Passar para CM11</i> <input type="checkbox"/> <i>Não ⇒ Verificar as respostas e corrigir antes de passar para CM11</i>		
CM11. DE TODOS ESSES (<i>numero total</i>) PARTOS QUE TEVE, QUANDO FOI QUE TEVE O ULTIMO (MÊSMO SE A CRIANÇA FALECEU) NOS 2 ÚLTIMOS ANOS? <i>Se não sabe o dia, anotar '98' no espaço para dia.</i>	Data do ultimo parto Dia/Mês/Ano __ __ / __ __ / __ __ __ __	
CM12. <i>Verificar CM11: Será que a mulher teve o seu ultimo parto durante os dois últimos anos, quer dizer, desde (dia e mês da entrevista em 2006)?</i> <i>Se a criança faleceu, fale com compaixão quando se referir à essa criança pelo seu nome nos módulos seguintes.</i> <input type="checkbox"/> <i>Não houve nascimentos vivos(ver definição em CM1) durante os últimos 2 anos. ⇒ Passar para o módulo UNIÃO/ CASAMENTO.</i> <input type="checkbox"/> <i>Sim ,nascimento vivo durante os últimos 2 anos ⇒ Continuar com CM13</i> <i>Nome da criança</i> _____		
CM13. NO MOMENTO EM QUE FICOU GRAVIDA DE (<i>nome</i>), QUERIA MESMO FICAR GRAVIDA NESSE MOMENTO, QUERIA ESPERAR PARA MAIS TARDE, OU NAO QUERIA FICAR GRAVIDA NUNCA MAIS?	Queria ficar gravida..... 1 Mais tarde 2 Nunca mais ficar gravida 3	

MODULO XIV. ANATOXINA TÉTANICA (TT)		TT
<i>Este módulo deve ser aplicado à todas as mulheres que tiveram um parto vivo durante os 2 anos precedentes à data do inquérito.</i>		
TT1. SERÁ QUE TEM UMA CADERNETA OU OUTRO DOCUMENTO ONDE ESTAO INCRITAS AS SUAS VACINAS ? PossO VÊ-LA ? <i>Se existe uma caderneta, utilize-o para vos ajudar nas respostas nas questões seguintes.</i>	Sim (caderneta visto) 1 Sim (caderneta não visto) 2 Não..... 3 Não Sabe 8	
TT2. QUANDO ESTEVE GRAVIDA DA SUA ULTIMA CRIANÇA, RECEBEU UMA INJEÇÃO PARA EVITAR CONVULSÕES DEPOIS DO PARTO (UMA PICADA ANTITETANICA, UMA INJEÇÃO NO TOPO DO BRAÇO OU NO OMBRO)?	Sim 1 Não..... 2 Não Sabe 8	2⇒TT5 8⇒TT5
TT3. <i>Se sim:</i> DURANTE A SUA ULTIMA GRAVIDEZ, QUANTAS VEZES TOMOU ESSA INJEÇÃO ANTI- TÉTANICO ? (NENHUMA REGISTE 00)	Numero de vezes __ __ Não Sabe 98	98⇒TT5

<p>TT4. <i>Quantas doses de TT foram registadas no TT3?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Pelo menos duas injeções durante a última gravidez. ⇒ Passe para o módulo XV seguinte</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Menos de duas injeções durante a última gravidez. ⇒ Continuar com TT5</i></p>		
<p>TT5. SERÁ QUE VOCÊ RECEBEU, EM QUALQUER ALTURA ANTES DA GRAVIDEZ, UMA INJEÇÃO CONTRA O TETANO?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>Não Sabe 8</p>	<p>2⇒MODULO XV SEGUINTE</p> <p>8⇒MODULO SIGUENTE XV.</p>
<p>TT6. QUANTAS VEZES RECEBEU ESSA INJEÇÃO ANTES DA GRAVIDEZ?</p> <p><i>Se não sabe, anotar '98' no espaço.</i></p>	<p>Numero de vezes _ _</p>	
<p>TT7. EM QUE MÊS E QUE ANO ANTES DESTA ÚLTIMA GRAVIDEZ, VOCÊ RECEBEU A ÚLTIMA INJEÇÃO?</p> <p><i>Passar para o módulo seguinte só se o ano da injeção é conhecido. De contrário, continuar com TT8.</i></p>	<p>Mês _ _</p> <p>Não Sabe o mês 98</p> <p>Ano _ _ _ _</p> <p>Não Sabe o ano 9998</p>	<p>⇒MODULO XV SEGUINTE</p> <p>↓TT8</p>
<p>TT8. HÁ QUANTOS ANOS VOCE RECEBEU A ÚLTIMA INJEÇÃO ANTI- TETANICO ANTES DESTA ÚLTIMA GRAVIDEZ?</p> <p><i>Se não sabe, anotar '98' no espaço.</i></p>	<p>Anos _ _</p>	

MODULO XV. SAUDE MATERNO - INFANTIL
MN

Este módulo deve ser aplicado à todas as mulheres que tiveram um parto vivo durante os 2 anos precedentes à data do inquérito. Verificar o módulo sobre a mortalidade das crianças CM12 e inscrever aqui o nome da último criança:

Nome da criança _____

Ao colocar as questões seguintes, utilizar o nome da criança onde estiver indicado.

<p>MN1. NOS PRIMEIROS DOIS MESES QUE SE SEGUIRAM AO NASCIMENTO DA SUA ULTIMA CRIANÇA [NASCIMENTO DE <i>nome</i>], SERÁ QUE RECEBEU UMA DOSE DE VITAMINA A COMO ESTA ? <i>Mostre a capsula de 200,000 UI ou o frasco.</i></p>	<p>Sim 1 Não..... 2 Não Sabe 8</p>																
<p>MN2. PARA ESTA ULTIMA GRAVIDEZ, SERÁ QUE RECEBEU CUIDADOS PRÉ-NATAIS ? <i>Se Sim: QUEM LHE CONSULTOU? OUTRA PESSOA ?</i> <i>Insistir para obter o tipo de pessoa e registar todas as espostas.</i></p>	<p>Profissional da saúde: Médico.....A Enfermeira/parteiraB Parteira auxiliarC Outra pessoa Parto tradicionalF Agente de saúde comunitáriaG Família/AmigaH Outro (especificar)X Ninguém.....Y</p>	<p>Y⇒MN6A</p>															
<p>MN3. NO QUADRO DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS, SERÁ QUE PASSOU PELAS SEGUINTE OBSERVAÇÕES, PELO MENOS UMA VEZ ? MN3A. SERÁ QUE FOI PESADA ? MN3B. SERÁ QUE FOI-LHE MEDIDA A TENSÃO ? MN3C. SERÁ QUE FEZ ANALISE DE URINA ? MN3D. SERÁ QUIE FEZ ANALISE DE SANGUE?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sim</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Foi pesada</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Medida Tensão</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Análise de Urina.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Análise de Sangue.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sim	Não	Foi pesada	1	2	Medida Tensão	1	2	Análise de Urina.....	1	2	Análise de Sangue.....	1	2	
	Sim	Não															
Foi pesada	1	2															
Medida Tensão	1	2															
Análise de Urina.....	1	2															
Análise de Sangue.....	1	2															
<p>MN4. DURANTE UMA DAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS PARA ESTA GRAVIDEZ, SERÁ QUE RECEBEU INFORMAÇÕES OU CONSELHOS SOBRE O SIDA OU O VIRUS DO SIDA ?</p>	<p>Sim 1 Não..... 2 Não Sabe 8</p>																
<p>MN5. NÃO QUERO SABER DOS RESULTADOS, MAS SERÁ QUE FEZ UM TESTE DE VIH/SIDA NO QUADRO DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS?</p>	<p>Sim 1 Não..... 2 Não Sabe 8</p>	<p>2⇒MN6A 8⇒MN6A</p>															
<p>MN6. NÃO QUERO SABER DOS RESULTADOS, MAS SERÁ QUE OBTIVE OS RESULTADOS DO TESTE?</p>	<p>Sim 1 Não..... 2 NS 8</p>																
<p>MN6A. DURANTE ESSA GRAVIDEZ, SERÁ QUE TOMOU MEDICAMENTOS PARA EVITAR O PALUDISMO ?</p>	<p>Sim 1 Não..... 2 Não Sabe 8</p>	<p>2⇒MN7 8⇒MN7</p>															
<p>MN6B. QUAL ERA O MEDICAMENTO QUE TOMOU ? <i>Circular tudo o que é mencionado. Se o tipo de medicamento não pode ser determinado, mostrar antipalúdicos típicos a inquirida.</i></p>	<p>FansidarA Cloroquina.....B Outro (especificar)X Não SabeZ</p>																
<p>MN6C. Verificar MN6B para o tipo de medicamento tomado : <input type="checkbox"/> Fansidar tomado. ⇒ Continuar com MN6D <input type="checkbox"/> Fansidar não tomado. ⇒ Passa para MN7</p>																	
<p>MN6D. QUANTAS VEZES TOMOU UM MEDICAMENTO FANSIDAR DURANTE A GRAVIDEZ ?</p>	<p>Numero de vezes.....</p>																
<p>MN7. QUEM VOS ASSISTIU DURANTE O PARTO DA SUA ULTIMA CRIANÇA (<i>nome</i>)? ALGUÉM MAIS ? <i>Insistir para obter o tipo de pessoa. circular tudo o que é mencionado.</i></p>	<p>Profissional da saúde : Médico.....A Enfermeira/parteiraB Parteira auxiliarC Outra pessoa Parto tradicionalF Agente de saúde comunitárioG Família/AmigaH Outra (especificar)X Ninguém.....Y</p>																

<p>MN8. ONDE DEU A LUZ O/A <i>(nome)</i> ?</p> <p><i>Se se trata de um hospital, de um centro de saúde, ou de uma clínica, escrever o nome do lugar. Insistir para determinar o tipo de assistência e circular o código apropriado.</i></p> <p>_____</p> <p><i>(Nome do lugar)</i></p>	<p>Domicílio Seu domicílio..... 11 Outro domicílio 12</p> <p>Sector publico Hospital Estatal 21 Clínica estatal/Centro de saúde Estatal 22 Outro publico (especificar) _____ 26</p> <p>Sector médico privado Hôpital privado 31 Clínica privada 32 Maternidade privada 33 Outro médico privado (especificar) ____ 36</p> <p>Outro (especificar) _____ 96</p>	
<p>MN9. QUANDO A SUA ULTIMA <i>(nome)</i> CRIANÇA NASCEU, ERA: MUITO GRANDE, MAIOR DO QUE O NORMAL, DE TAMANHO NORMAL, MAIS PEQUENO DO QUE O NORMAL OU MUITO PEQUENO ?</p> <p>(PESO NORMAL 2,5 QUILOGRAMOS)</p>	<p>Muito grande 1 Maior do que o normal 2 De tamanho normal 3 Mais Pequeno do que o normal 4 Muito pequeno 5</p> <p>Não Sabe 8</p>	
<p>MN10. <i>(Nome)</i> FOI PESADO À NASCENÇA?</p>	<p>Sim 1 Não..... 2</p> <p>Não Sabe 8</p>	<p>2⇒MN12 8⇒MN12</p>
<p>MN11. Qual foi o peso de <i>(nome)</i> ?</p> <p><i>Registrar o peso inscrito no cartão de vacina.l.</i></p>	<p>No cartão de vacina..... 1 ____ . ____ ____ Quilogramas</p> <p>De memória 2 ____ . ____ ____ Quilogramas</p> <p>Não Sabe 99998</p>	
<p>MN12. SERÁ QUE AMAMENTOU <i>(nome)</i>?</p>	<p>Sim 1 Não..... 2</p>	<p>2⇒MODLO XVI SEGUINTE.</p>
<p>MN13. QUANTO TEMPO DEPOIS DO NASCIMENTO É QUE <i>(nome)</i> COMEÇOU A MAMAR PELA PRIMEIRA VEZ?</p> <p><i>Se menos de uma hora, anotar '00' hora. Se menos de 24 horas, anotarem horas. De contrário, anotar em dias.</i></p>	<p>Imediatamente 000</p> <p>Horas..... 1 ____ ou Dias 2 ____</p> <p>Não Sabe /Não se lembra..... 998</p>	

MODULO XVI. UNIÃO / CASAMENTO		MA
MA1. ACTUALMENTE VOCE É CASADA OU VIVE COM UM HOMEM?	Sim, actualmente casada..... 1 Sim, vive em união com um homem..... 2 Não casada e não em união..... 3	3⇒MA3
MA2. QUAL ERA A IDADE DO SEU MARIDO/PARCEIRO EM SEU ULTIMO ANIVERSÁRIO ?	Idade em anos completados..... __ __ Não Sabe 98	
MA2A. SERÁ QUE O SEU MARIDO/PARCEIRO TEM OUTRAS MULHERES ALÉM DE VOCÊ MESMA ?	Sim 1 Não..... 2 Não Sabe..... 3	2⇒MA5
MA2B. QUANTAS OUTRAS MULHERES TEM ELE ?	Número __ __ Não Sabe 98	⇒MA5 98⇒MA5
MA3. SERÁ QUE JÁ ESTEVE CASADA OU JÁ VIVEU COM UM HOMEM ?	Sim, já foi casada..... 1 Sim, já viveu com um homem..... 2 Não..... 3	3⇒MODULO XVII SEGUINTE
MA4. QUAL É A SUA SITUAÇÃO MATRIMONIAL ACTUAL : VOCE É SOLTEIRA, CASADA, VIÚVA, DIVORCIADA OU SEPARADA?	Solteira 1 Casada..... 2 Viuva..... 3 Divorciada/Separada 4	
MA5. SERÁ QUE FOI CASADA OU VIVEU ALGUMA VEZ COM UM HOMEM COMO SE FOSSE CASADA, UMA VEZ OU MAIS?	Uma vez 1 Mais de uma vez..... 2 Não foi casada ou viveu com homem..... 3	
MA6. EM QUE MÊS E ANO SE CASOU PELA PRIMEIRA VEZ, OU COMEÇOU A VIVER COM UM HOMEM PELA PRIMEIRA VEZ COMO SE FOSSE CASADA?	Mês __ __ Não Sabe o mês 98 Ano..... __ __ __ __ Não Sabe o ano 9998	
MA7. Verificar MA6:		
<input type="checkbox"/> O mês e o ano de casamento/união são conhecidos ? ⇒ Passar para ST1		
<input type="checkbox"/> O mês ou o ano de casamento/união não é conhecido ? ⇒ Continuar com MA8		
MA8. QUE IDADE TINHA QUANDO COMEÇOU A VIVER COM SEU PRIMEIRO MARIDO/ COMPANHEIRO?	Idade em anos __ __ Não Sabe 98	
ST1. SENTE-SE EM SEGURANÇA DE NÃO SER EXPULSA DESTA HABITAÇÃO(DESTA CASA)?	Sim 1 Não..... 2 NS..... 8	PASSA PARA O MÓDULO XVII

MODULO XVII. USO DE CONTRACEPTIVO		CP
CP1. GOSTARIA DE VOS FALAR DE UM OUTRO ASSUNTO – A PLANIFICAÇÃO FAMILIAR – E A SUA SAÚDE REPRODUTIVA. SERÁ QUE ESTÁ GRAVIDA NESTE MOMENTO?	Sim, actualmente grávida..... 1 Não..... 2 Não está segura ou Não Sabe.....8	1⇒CP1A 2⇒CP2 8⇒CP2
CP1A. NO MOMENTO EM QUE FICOU GRAVIDA, QUERIA MESMO FICAR GRAVIDA, QUERIA ESPERAR MAIS TARDE OU NÃO QUERIA MESMO TER FILHOS?	Queria mesmo ficar grávida 1 Mais tarde..... 2 Não queria ter mais filhos .....3	1⇒CP4B 2⇒CP4B 3⇒CP4B
CP2. CERTOS CASAIS UTILIZAM DIFERENTES MÉTODOS OU MEIOS PARA RETARDAR OU EVITAR GRAVIDEZ. SERÁ QUE UTILIZA ALGUM MÉTODO PARA RETARDAR OU EVITAR UMA GRAVIDEZ ?	Sim..... 1 Não..... 2	2⇒CP4A
CP3. QUE MÉTODO UTILIZA? <i>Não insista.</i> <i>Se mais de um método mencionado, circular todos os códigos dos métodos citados.</i>	Esterilização feminina..... A Esterilização masculina B Pílula..... C DIU D Injecções E Implantes .....F Preservativo..... G Femidon feminino H Diafragma .....I Espuma/geleia J Método de aleitamento materno E de amenorreia (MAMA) K Abstinência periódica .....L Retirada M Outro (<i>especificar</i>)..... X	
CP4A. AGORA TENHO ALGUMAS QUESTÕES SOBRE O FUTURO. GOSTARIA DE TER UMA (OUTRA) CRIANÇA OU PREFERE NÃO TER NENHUMA (OUTRA) CRIANÇA? CP4B. SE ACTUALMENTE GRAVIDA: DEPOIS DA CRIANÇA QUE ESTÁ ESPERANDO, GOSTARIA DE TER UMA OUTRA CRIANÇA OU GOSTARIA DE NÃO TER NENHUMA CRIANÇA?	Ter (uma/outra) criança.....1 Não ter /Nenhuma.....2 Diz que não pode ficar grávida.....3 Indecisa/ Não Sabe.....8	2⇒CP4D 3⇒MODULO SEGUINTE 8⇒ CP4D
CP4C. QUANTO TEMPO GOSTARIA DE ESPERAR ANTES DO NASCIMENTO DE (UMA OUTRA) CRIANÇA? <i>(Circular só uma resposta)</i> <i>(Quando a resposta seja mês ou anos circular o numero e escrever a quantidade)</i>	Meses..... 1 ___ Anos..... 2 ___ Brevemente/Agora.....993 Ela não pode ficar grávida.....994 Depois do casamento..... 995 Outro..... 996 Não Sabe 998	
CP4d. Verificar CP1 <input type="checkbox"/> Actualmente grávida? ⇒ Módulo seguinte <input type="checkbox"/> Não grávida ou não está segura ? ⇒ Continuar com CP4E		
CP4E. PENSA QUE SE ENCONTRA FISICAMENTE APTA PARA FICAR GRAVIDA ACTUALMENTE ?	Sim.....1 Não.....2 Não Sabe.....8	

MODULO XVIII. EXCISÃO FEMININA (FANADO)		FG
FG1. JÁ OUVIU FALAR SOBRE A PRÁTICA DA EXCISÃO FEMININA (FANADO)?	Sim 1 Não..... 2	1⇒FG3
FG2. EM CERTOS PAÍSES, EXISTE A PRÁTICA QUE CONSISTE EM CORTAR UMA PARTE DOS ÓRGÃOS GENITAIS EXTERNOS DAS MENINAS. JÁ OUVIU FALAR DESSA PRÁTICA?	Sim 1 Não..... 2	2⇒MODULO SEGUINTE.
FG3. SERÁ QUE JÁ FOI EXCISADA ?	Sim 1 Não..... 2	2⇒FG8
FG4. GOSTARIA AGORA DE LHE COLOCAR QUESTÕES SOBRE O QUE FOI FEITO NESSE MOMENTO. SERÁ QUE LHE MUTILARAM ALGUMA COISA NESTA ZONA GENITAL FEMININA?	Sim 1 Não..... 2 Não Sabe 8	1⇒FG6
FG5. SÓ LHE DERAM UMA INCISÃO NAS PARTES GENITAIS SEM CORTAR NADA?	Sim 1 Não..... 2 Não Sabe 8	
FG6. SERÁ QUE LHE FECHARAM A ZONA DA VAGINA PARA UMA COSTURA?	Sim 1 Não..... 2 Não Sabe 8	
FG7. QUEM PROCEDEU À SUA EXCISÃO?	Tradicional Excisora tradicional 11 Parteira tradicional 12 Outro tradicional (especificar).....16 <hr/> Profissional de saúde Médico..... 21 Enfermeira/parteira 22 Outro profissional de saúde (especificar) 26 Não Sabe 98	
FG8. <i>As questões seguintes são endereçadas somente às mulheres que tiverem pelo menos uma filha de vida</i> <i>Verificar CM4 e CM6, Modulo sobre a Mortalidade das Crianças: A mulher tem uma filha de vida ?</i> <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com FG9 <input type="checkbox"/> Não. ⇒ Passar para FG16		
FG9. SERÁ QUE ALGUMAS DAS SUAS FILHAS FORAM SUJEITAS À ESTE GENERO DE PRÁTICA (EXCISADA)? SE SIM: QUANTAS?	Numero de filhas excisadas: __ __ Nenhuma filha excisada..... 00	00⇒FG16
FG10. QUAL DAS SUAS FILHAS FOI EXCISADA RECENTEMENTE? <i>Registrar o nome da filha.</i>	Nome da filha : _____	
FG11. GOSTARIA AGORA DE LHE COLOCAR QUESTÕES SOBRE O QUE FOI FEITO À (<i>nome</i>) NESSE MOMENTO. SERÁ QUE TIRARAM ALGUMA COISA DAS SUAS PARTES GENITAIS?	Sim 1 Não..... 2 Não Sabe 8	1⇒FG13
FG12. SERÁ QUE SÓ LHE FIZERAM UMA INCISÃO NAS SUAS PARTES GENITAIS SEM NADA CORTAR ?	Sim 1 Não..... 2 Não Sabe 8	
FG13. AQUANDO DA SUA EXCISÃO, SERÁ QUE LHE FECHARAM TOTALMENTE A ZONA DA VAGINA COM UMA COSTURA?	Sim 1 Não..... 2 Não Sabe 8	
FG14. QUE IDADE TINHA (<i>nome</i>) NO MOMENTO DA EXCISÃO? <i>Se a inquirida não sabe a idade, insistir para obter uma estimativa.</i>	Idade da filha no momento da excisão __ __ Não Sabe 98	

FG15. QUEM PROCEDEU À EXCISÃO?	<p>Tradicional</p> <p>Excisora tradicional 11</p> <p>Parteira tradicional 12</p> <p>Outra tradicional (especificar).....16</p> <hr/> <p>Profissional de saúde</p> <p>Médico..... 21</p> <p>Enfermeira/parteira 22</p> <p>Outra profissional de saúde (especificar)26</p> <p>Não Sabe 98</p>	
FG16. PENSA QUE ESTA PRÁTICA DE EXCISÃO (FANADO) DEVE SER MANTIDA OU QUE DEVE DESAPARECER?	<p>Mantida 1</p> <p>Desaparecer 2</p> <p>Isso depende 3</p> <p>Não Sabe 8</p>	

MODULO XIX. ATITUDES EM RELACAO A VIOLENCIA DOMESTICA		DV																								
<p>DV1. POR VEZES UM MARIDO É CONTRARIADO OU EM CÓLERA POR CAUSA DE CERTAS COISAS QUE A SUA MULHER FEZ: PARA SI, SERÁ QUE É LEGÍTIMO QUE UM MARIDO BATA OU BRIGUE COM SUA MULHER POR CAUSA DAS SITUAÇÕES SEGUINTE:</p> <p>DV1A. SE ELA SAI SEM LHE COMUNICAR ?</p> <p>DV1B. SE ELA É NEGLIGENTE PARA COM AS CRIANÇAS?</p> <p>DV1C. SE ELA DISCUTE COM ELE?</p> <p>DV1D. SE ELA RECUSA TER RELAÇÕES SEXUAIS COM ELE?</p> <p>DV1E. SE ELA QUEIMA A COMIDA/REFEIÇÃO ?</p> <p><i>(recolher opinião só para estas situações)</i></p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>S</th> <th>N</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SAI SEM COMUNICAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NEGLIGENTE COM CRIANÇAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ARGUMENTA/DISCUTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>RECUSA SEXO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>QUEIMA A COMIDA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		S	N	NS	SAI SEM COMUNICAR.....	1	2	8	NEGLIGENTE COM CRIANÇAS.....	1	2	8	ARGUMENTA/DISCUTE	1	2	8	RECUSA SEXO	1	2	8	QUEIMA A COMIDA.....	1	2	8	
	S	N	NS																							
SAI SEM COMUNICAR.....	1	2	8																							
NEGLIGENTE COM CRIANÇAS.....	1	2	8																							
ARGUMENTA/DISCUTE	1	2	8																							
RECUSA SEXO	1	2	8																							
QUEIMA A COMIDA.....	1	2	8																							

VERIFICAR A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. ANTES DE CONTINUAR A ENTREVISTA, FAZER A ENTREVISTA EM PRIVADO.

SB0. Verificar WM9: Idade da inquirida entre os 15 e os 24 anos ?

Idade 25-49. ⇒ Passar ao Módulo Seguinte

Idade 15-24. ⇒ Continuar com SB1

<p>SB1. AGORA, GOSTARIA DE LHE COLOCAR ALGUMAS QUESTÕES SOBRE A SUA ACTIVIDADE SEXUAL PARA MELHOR COMPREENDER CERTOS PROBLEMAS DA VIDA FAMILIAR? A INFORMAÇÃO QUE FORNECER FICARÁ ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL.</p> <p>QUE IDADE TINHA QUANDO TEVE A SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL (SE AS TEVE) ?</p>	<p>Nunca teve actividade sexual 00</p> <p>Idade em anos _ _</p> <p>Primeira vez que começou a viver com Seu primeiro(1°) marido/parceiro..... 95</p>	<p>00⇒MODULO XXI SEGUINTE..</p>
<p>SB2. HÁ QUANTO TEMPO TEVE A SUA ULTIMA RELAÇÃO SEXUAL?</p> <p><i>Registar em “numero de anos” somente se as ultimas relações tiveram lugar há um ano ou mais. Se 12 meses ou mais, a resposta deve ser registada em anos.</i></p>	<p>Numero de dias..... 1 _ _</p> <p>Numero de semanas..... 2 _ _</p> <p>Numero de meses..... 3 _ _</p> <p>Número de anos 4 _ _</p>	<p>4⇒MODULO XXI SEGUINTE..</p>
<p>SB3. A ULTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS, SERÁ QUE UTILIZOU UM PRESERVATIVO ?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não..... 2</p>	
<p>SB4. QUAL É A SUA RELAÇÃO COM O HOMEM COM QUEM TEVE A SUAS ULTIMAS RELAÇÕES SEXUAIS?</p> <p><i>Se o homem é um ‘namorado’ ou ‘noivo’, perguntar: O SEU NAMORADO/NOIVO VIVIA CONSIGO QUANDO TIVERAM AS ULTIMAS RELAÇÕES SEXUAIS? Se ‘Sim’, Circular 1. S ‘não’, Circular 2.</i></p>	<p>Marido / parceiro cohabitante 1</p> <p>Namorado / noivo..... 2</p> <p>Amigo/namorado..... 3</p> <p>Encontro ocasional 4</p> <p>Outro (especificar) 6</p>	<p>1⇒SB6</p>
<p>SB5. QUAL É A IDADE DESSA PESSOA?</p> <p><i>Se a resposta é NS, insistir : QUAL É A IDADE APROXIMADA DESSA PESSOA?</i></p>	<p>Idade do parceiro _ _</p> <p>Não Sabe 98</p>	
<p>SB6. DURANTE OS ULTIMOS 12 MESES, TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM UMA OUTRA PESSOA?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não..... 2</p>	<p>2⇒MODULO XXI SEGUINTE..</p>
<p>SB7. A ULTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM UM OUTRO HOMEM, SERÁ QUE UTILIZOU UM PRESERVATIVO ?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não..... 2</p>	
<p>SB8. QUAL É A SUA RELAÇÃO COM ESSE HOMEM?</p> <p><i>Se o homem é ‘um namorado’ ou ‘noivo’ perguntar : O seu namorado/noivo vivia consigo quando tiveram as ultimas relações sexuais? Se ‘Sim’, Circular 1. Se ‘não’, Circular 2.</i></p>	<p>Marido/parceiro cohabitante 1</p> <p>Namorado/noivo..... 2</p> <p>Amigo/namorado..... 3</p> <p>Encontro ocasional 4</p> <p>Outro (especificar) 6</p>	<p>1⇒SB10</p>
<p>SB9. QUAL A IDADE DESSA PESSOA?</p> <p><i>Se a resposta é NS, insistir : QUAL É A IDADE APROXIMADA DESSA PESSOA?</i></p>	<p>Idade do parceiro _ _</p> <p>Não Sabe 98</p>	
<p>SB10. ALÉM DESSES DOIS HOMENS, TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM OUTRA PESSOA DURANTE OS ULTIMOS 12 MESES?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não..... 2</p>	<p>2⇒MODULO XXI SEGUINTE..</p>
<p>SB11. QANTOS HOMENS DIFERENTES TIVERAM RELAÇÕES SEXUAIS CONSIGO NOS ULTIMOS 12 MESES?</p>	<p>Numero de parceiros _ _</p>	

MODULO XXI. VIH/SIDA
HÁ

HA1. AGORA, GOSTARIA DE LHE FALAR DE UMA OUTRA COISA. JÁ OUVIU FALAR DO VIRUS DO VIH OU DE UMA DOENÇA CHAMADA SIDA?	Sim 1 Não 2	2⇒MODULO XXII SEGUINTE.																
HA2. SERÁ QUE PODEMOS REDUZIR OS RISCOS DE CONTRAIR O VIRUS DO SIDA TENDO SOMENTE UM PARCEIRO SEXUAL QUE NÃO ESTÁ INFECTADO E QUE NÃO TEM NENHUMA OUTRA PARCEIRA?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8																	
HA3. SERÁ QUE PODEMOS CONTRAIR O VIRUS DO SIDA ATRAVÉS DE FEITIÇARIA OU ATRAVÉS DE MEIOS SOBRENATURAIS?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8																	
HA4. SERÁ QUE PODEMOS REDUZIR OS RISCOS DE TER O VIRUS DO SIDA UTILIZANDO UM PRESERVATIVO CADA VEZ QUE TEMOS UMA RELAÇÃO SEXUAL?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8																	
HA5. SERÁ QUE PODEMOS CONTRAIR O VIRUS DO SIDA ATRAVÉS DE PICADAS DE MOSQUITOS?	Sim 1 Não 2 NS..... 8																	
HA6. SERÁ QUE PODEMOS REDUZIR OS RISCOS DE CONTRAIR O VIRUS DO SIDA ATRAVÉS DA ABSTENÇÃO DE RELAÇÕES SEXUAIS?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8																	
HA7. SERÁ QUE PODEMOS CONTRAIR O VIRUS DO SIDA PARTILHANDO A ALIMENTAÇÃO COM UMA PESSOA CONTAMINADA PELO SIDA?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8																	
HA7A. SERÁ QUE PODEMOS CONTRAIR O VIRUS DO SIDA SE RECEBERMOS UMA INJEÇÃO/PICADA COM UMA AGULHA QUE JÁ FORA UTILIZADA POR OUTRA PESSOA?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8																	
HA8. SERÁ QUE UMA PESSOA APARENTEMENTE DE BOA SAÚDE POSSA NA VERDADE TER O VIRUS DO SIDA?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8																	
HA9. SERÁ QUE O VIRUS QUE CAUSA O SIDA PODE SER TRANSMITIDO DA MÃE PARA FILHO:	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8																	
HA9A. DURANTE A GRAVIDEZ? HA9B. DURANTE O PARTO? HA9C. DURANTE O ALEITAMENTO?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sim</th> <th style="text-align: center;">Não</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Durante a gravidez.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Durante o parto.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Durante o aleitamento.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		Sim	Não	NS	Durante a gravidez.....	1	2	8	Durante o parto.....	1	2	8	Durante o aleitamento.....	1	2	8	
	Sim	Não	NS															
Durante a gravidez.....	1	2	8															
Durante o parto.....	1	2	8															
Durante o aleitamento.....	1	2	8															
HA10. DO SEU PONTO DE VISTA, SE UM PROFESSOR/A TEM O VIRUS MAS NÃO ESTÁ DOENTE, SERÁ QUE ELE/A DEVERIA SER AUTORIZADO/A OU NÃO A CONTINUAR A DAR AULAS NA ESCOLA?	Sim 1 Não 2 Não Sabe /Não seguro/Depende 8																	
HA11. SERÁ QUE COMPRARIA LEGUMES FRESCOS À UM VENDEDOR SE SOUBESSE QUE ESSA PESSOA TEM O VIRUS DO SIDA?	Sim 1 Não 2 Não Sabe /Não seguro/Depende 8																	
HA12. SE UMA PESSOA DA SUA FAMÍLIA É INFECTADA PELO VIRUS QUE CAUSA O SIDA, GOSTARIA QUE ESSE SEU ESTADO FOSSE TIDO COMO SECRETO OU NÃO?	Sim 1 Não 2 Não Sabe /Não seguro/Depende 8																	
HA13. SE ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA CONTRAIR O VIRUS DO SIDA, ESTARIA DISPOSTO A TOMAR CONTA DELA OU DELE NO SEIO DA SUA PRÓPRIA FAMÍLIA (SUA CASA)?	Sim 1 Não 2 Não Sabe /Não seguro/Depende 8																	

HA14. Verificar MN5: Fez o teste do VIH no quadro dos cuidados pré-natais?		
<input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Passar ao HA18A		
<input type="checkbox"/> Não. ⇒ Continuar com HA15		
HA15. SERÁ QUE JÁ FEZ UM TESTE PARA SABER SE TEM O VIH, O VIRUS QUE CAUSA O SIDA?	Sim 1 Não..... 2	2⇒HA18
NÃO QUERO SABER OS RESULTADOS.		
HA16. NÃO QUERO SABER OS RESULTADOS, MAS SERÁ QUE OBTIVE OS RESULTADOS DO TESTE?	Sim 1 Não..... 2	
HA17.O PEDIDO DE TESTE FOI DE LIVRE VONTADE, FOI-LHE SOLICITADO E VOCÊ ACEITOU OU FOI-LHE IMPOSTO?	Solicitou um teste..... 1 Foi-lhe solicitado 2 Foi-lhe imposto 3	1⇒MODULO SEGUINTE. 2⇒MODULO SEGUINTE. 3⇒MODULO SEGUINTE.
HA18.NESTE MOMENTO, CONHECE UM LUGAR ONDE PODEMOS IR EFECTUAR O TESTE DO VIRUS QUE CAUSA O SIDA ?	Sim 1 Não..... 2	
HA18a. Se ela já fez o teste de VIH no quadro dos cuidados pré-natais: FORA DOS SERVIÇOS DE CONSULTAS PRE- NATAIS, CONHECE UM OUTRO LUGAR ONDE SE PODE IR PARA FASER O TESTE DO VIRUS QUE CAUSA O SIDA?	Sim 1 Não..... 2	

Seguir as instrucoes do Manual do Inquiridor.

QUESTIONARIO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS



REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
MINISTÉRIO DE ECONOMIA

SECRETARIA DE ESTADO DO PLANO E INTEGRAÇÃO REGIONAL

DIRECÇÃO GERAL DO PLANO

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA E CENSOS (INEC)



MODULO XXII. INFORMAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS		UF
<p><i>Este questionário deve ser aplicado à todas as mães ou encarregados (as) de educação (ver a coluna HL8 da Folha de Registo do Agregado Familiar) de crianças de menos de cinco anos vivendo com eles (ver a coluna HL5 da Folha de Registo do Agregado Familiar).</i></p> <p><i>Um questionário separado será preenchido para cada criança elegível.</i></p> <p><i>Inscrever os números de amostragem "DR" e da família, e os nomes e números de linha da criança e da mãe/encarregado de educação no espaço abaixo. Inscrever o seu nome, seu numero de código e a data.</i></p>		
UF1. Número de DR: _____	UF2. Número de agregado : _____	
UF3. Nome da criança : _____	UF4. Número de linha da criança : _____	
UF5. Nome da mãe/encarregado de educação: _____	UF6. Número de linha da mãe/encarregado de educação. : _____	
UF7. Nome e número de código do inquiridor : _____	UF8. Dia/Mês/Ano da entrevista : _____/_____/_____	
UF9. Resultado da entrevista das crianças de menos de cinco anos. <i>(Os códigos fazem referencia à mãe/encarregado de educação).</i>	Preenchido 1 Não esta em casa 2 Recusou 3 Preenchido parcialmente 4 Incapacitado(a) 5 Outro (especificar) 6	

Cumprimentar o/a inquirido/a:

NÓS SOMOS DE INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA E CENSOS NÓS TRABALHAMOS NUM PROJECTO QUE SE TRATA DA CRIANÇA E MULHER E EDUCAÇÃO. GOSTARIA DE LHE FALAR SOBRE ESSE ASSUNTO. A ENTREVISTA DURARÁ CERCA DE 50 MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES QUE RECOLHERMOS SERÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E AS SUAS RESPOSTAS JAMAIS SERAO DIVULGADAS. DE RESTO, VOCE NÃO É OBRIGADO RESPONDER ÀS QUESTÕES QUE NÃO QUEIRA RESPONDER, E VOCE PODE PARAR A ENTREVISTA A QUALQUER MOMENTO. SERÁ QUE POSSO COMEÇAR AGORA?

SE O/A INQUIRIDO (A) DÁ A SUA PERMISSÃO, COMECE A ENTREVISTA. SE O/A INQUIRIDO/A NÃO ESTIVER DE ACORDO, AGRADEÇA-O/A, E PASSA À ENTREVISTA SEGUINTE. *Discutir este resultado com o seu controlador para organizar uma outra visita.*

UF10. AGORA GOSTARIA DE LHE COLOCAR ALGUMAS QUESTOES SOBRE A SAUDE DE CADA CRIANCA DE MENOS DE 5 ANOS SOB SUA RESPONSABILIDADE, E QUE VIVE ACTUALMENTE CONSIGO. EM QUE MÊS E ANO ELE/ELA (nome)NASCEU ? <i>Insista:</i> QUAL É A SUA DATA DE NASCIMENTO? <i>Se a mãe/encarregado de educação sabe a data exacta de nascimento, inscrever igualmente o dia, de contrário, marcar o 98 como dia.</i>	Data de nascimento : Dia Não Sabe dia .....98 Mês Ano	
UF11. NO SEU ULTIMO ANIVERSÁRIO, QUE IDADE TINHA(nome ? <i>Inscrever a idade em anos completos.</i> <i>Menos de um ano Marcar 00</i>	Idade em anos completos.	

MODULO XXIII. REGISTO DE NASCIMENTO E DA EDUCAÇÃO DA PEQUENA INFÂNCIA
BR

BR1. (Nome) POSSUI UM CERTIFICADO/CERTIDÃO DE NASCIMENTO ? Possó VÊ-LO ?	Sim, visto..... 1 Sim, não visto 2 Não..... 3 Não Sabe 8	1⇒BR5
BR2. AO NASCER (nome) SERÁ QUE FOI REGISTRADO/A NO REGISTO CIVIL?	Sim 1 Não..... 2 Não Sabe 8	1⇒BR5 8⇒BR4
BR3. PORQUÊ É QUE QUANDO NASCEU (nome) NÃO FOI REGISTRADO/A ?	Isso custa muito caro 1 Fica muito longe 2 Não sabia que devia proceder ao registo 3 Não queria pagar a multa 4 Não sabe onde proceder ao registo 5 Outras (especificar) _____ 6 Não Sabe 8	
BR4. SABE COMO FAZER REGISTRAR A SUA CRIANÇA AO NASCER?	Sim 1 Não..... 2	
BR5. Verificar a idade da criança à partir da questão UF11: Crianças de 3 e 4 anos <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com BR6 <input type="checkbox"/> Não. ⇒ Passar à BR8		
BR6. (Nome) FRÉQUENTA UM PROGRAMA DE ENQUADRAMENTO FORA DE CASA OU DE EDUCACAO PRÉ-ESCOLAR TAL COMO UM CENTRO PÚBLICO OU PRIVADO, INCLUINDO JARDIM INFANTIL OU CENTRO COMUNITÁRIO? (CRIANCAS DE 3 E 4 ANOS)	Sim 1 Não..... 2 NS 8	2⇒BR8 8⇒BR8
BR7. DURANTE OS ULTIMOS SETE DIAS, CERCA DE QUANTAS HORAS (nome) FREQUENTOU ESSE LUGAR?	Numero de horas __ __	
BR8. NOS TRÊS ULTIMOS DIAS, PARTICIPOU UM MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR DE MAIS DE 15 ANOS (nome) À UMA DAS SEGUINTE ACTIVIDADES: <i>Se Sim, perguntar:</i> QUEM PARTICIPOU NESTA ACTIVIDADE COM A CRIANÇA: A MÃE, O PAI DA CRIANÇA OU OUTRO MEMBRO ADULTO DO AGREGADO FAMILIAR (INCLUINDO O/A ENCARREGADO/A DE EDUCACAO DA CRIANÇA)? Marcar todas as respostas.	Sim 1 Não..... 2 NS 8	
BR8A. LER LIVROS OU VER LIVROS ILUSTRADOS COM (nome)?	Livros	Mãe Pai Outro Ninguém A B X Y
BR8B. CONTAR HISTÓRIAS À (nome)?	Contos	A B X Y
BR8C. CANTAR CANTIGAS COM (nome)?	Canções	A B X Y
BR8D. LEVAR (nome) FORA DE CASA, DA RESIDENCIA, DO QUINTAL, DO QUARTEIRÃO? (PASSEAR)	Sair	A B X Y
BR8E. BRINCAR COM (nome)?	Brincar com	A B X Y
BR8F. PASSAR TEMPO COM (nome)CONTANDO-LHE COISAS, E/OU FAZER DESENHOS?	Passar tempo	A B X Y

MODULO XXIV. VITAMINA – A		VA
VA1. (Nome) SERÁ QUE ELE/A RECEBEU UMA CAPSULA DE VITAMINA A (SUPLÉMENTO) COMO ESTA? <i>Mostre a capsula ou o frasco das diferentes doses: 100 000 UI para as crianças de 6-11 meses de idade, 200 000 UI para as crianças de 12-59 meses de idade .</i>	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	2⇒ MÓDULO SEGUINTE. 8⇒MÓDU- LO SEGUINTE.
VA2. HÁ QUANTO TEMPO É QUE (nome) TOMOU A ÚLTIMA DOSE?	Número de meses ____ Não Sabe 98	
VA3. ONDE (nome) RECEBEU ESTA ÚLTIMA DOSE?	No centro de saúde na consulta de rotina .. 1 No centro de saúde quando a criança estava doente 2 Jornada Nacional de Vacinação 3 Outra (especificar) 6 Não Sabe 8	

MODULO XXV. ALEITAMENTO		BF
BF1. SERÁ QUE AMAMENTOU (nome)?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2. AINDA ESTÁ AMAMENTANDO (nome)?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	
BF3. DESDE ONTEM À MESMA HORA DE HOJE, SERÁ QUE ELE/ELA RECEBEU AS SEGUINTE COISAS: <i>Ler em alta voz o nome de cada elemento e registar a resposta antes de passar ao elemento seguinte.</i>		S N NS
BF3A. SUPLEMENTO DE VITAMINAS, DE MINERAIS, OU MEDICAMENTOS ?	A. Suplemento de vitaminas 1 2 8	
BF3B. «ÁGUA ?	B. Água 1 2 8	
BF3C. ÁGUA AÇUCARADA, PERFUMADA, SUMO DE FRUTA OU INFUSÃO?	C. Água açucarada ou sumo 1 2 8	
BF3D. SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO) ?	D. SRO (Soro)..... 1 2 8	
BF3E. PREPARAÇÃO PARA CRIANÇAS VENDIDO NO COMÉRCIO?	E. Preparação para crianças 1 2 8	
BF3F. LEITE ENLATADO, EM PÓ OU LEITE FRESCO	F. Leite 1 2 8	
BF3G. OUTROS LIQUIDOS?	G. Outros líquidos 1 2 8	
BF3H. ALIMENTO SOLIDO OU SEMI-SOLIDO (PURÉ) ?	H. Alimento solido ou semi-solido..... 1 2 8	
BF4. Verificar BF3H : A criança recebeu um alimento solido ou semi-sólido (puré) ? <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com BF5 <input type="checkbox"/> Não ou NS. ⇒ Passar ao Módulo Seguinte		
BF5. DESDE ONTEM À MESMA HORA, QUANTAS VEZES (nome) RECEBEU ALIMENTOS SOLIDOS, SEMI-SOLIDOS OU ALIMENTOS NAO LIQUIDOS (PURÉS)? <i>Se for 7 vezes ou mais, registar '7'.</i>	Número de vezes ____ Não sabe 8	

MODULO XXVI. CUIDADOS ÀS CRIANÇAS DOENTES		CA
<p>CA1. SERÁ QUE (<i>nome</i>) TEVE DIARREIA DURANTE ESTAS DUAS SEMANAS, QUER DIZER, DESDE (DIA DA SEMANA) A SEMANA ANTERIOR?</p> <p><i>A diarreia é determinada de acordo com a percepção da doença pela mãe ou encarregado de educação ou três fezes saís líquidos por dia, ou sangue nas fezes.</i></p>	<p>Sim 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>Não Sabe 8</p>	<p>2⇒CA5</p> <p>8⇒CA5</p>
<p>CA2. DURANTE O ULTIMO EPISÓDIO DE DIARREIA, SERÁ QUE FOI ADMINISTRADO À (<i>nome</i>) UMA DAS SEGUINTE BEBIDAS:</p> <p><i>Ler em alta voz o nome de cada produto e registar a resposta antes de passar ao produto seguinte.</i></p> <p>CA2A. UM LIQUIDO PREPARADO À PARTIR DE SAIS DE REHIDRATAÇÃO ORAL? (PACOTE <i>de SRO</i>)?</p> <p>CA2B. UM LIQUIDO DE CASA: MAMBERETE DE ARROZ, SUMO DE CABACEIRA, SUMO DE LÍMÃO FRESCO, CHÁ ?</p> <p>CA2C. UM LIQUIDO SRO PRE-EMBALADO</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>A. Líquido SRO preparado..... 1 2 8</p> <p>B. Líquido caseiro 1 2 8</p> <p>C. Um líquido SRO pre-embalado 1 2 8</p>	
<p>CA3. DURANTE A DIARREIA DE (<i>nome</i>), FOI-LHE DADO A BEBER MUITO MENOS DO QUE ANTES DA DIARREIA, CERCA DA MESMA QUANTIDADE OU MAIS DO QUE O HABITUAL?</p>	<p>Nada 1</p> <p>Muito menos 2</p> <p>Quase a mesma quantidade(ou um pouco menos) 3</p> <p>Mais do que habitual 4</p> <p>Não Sabe 8</p>	
<p>CA4. DURANTE A DIARREIA DE (<i>nome</i>), FOI-LHE DADO A COMER MUITO MENOS DO QUE ANTES DA DIARREIA, CERCA DA MESMA QUANTIDADE OU MAIS DO QUE O HABITUAL?</p> <p><i>Se «menos», insistir:</i> MUITO MENOS OU POUCO MENOS?</p>	<p>Nada..... 1</p> <p>Muito menos..... 2</p> <p>Quase a mesma quantidade (ou um pouco menos) 3</p> <p>A mesma quantidade 4</p> <p>Mais..... 5</p> <p>Não Sabe 8</p>	
<p>FONTE E CUSTO DOS SOROS</p> <p>CA4a. Verificar CA2A : Pacote de SORO utilizado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com CA4B</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO. ⇒ PASSAR À CA5</p>		
<p>CA4b. Onde recebeu o (<i>NOME</i>) PACOTE DE SRO DE CA2A) ?</p>	<p>Médicos do Sistema de saúde pública:</p> <p>Hospital 11</p> <p>Centro de Saúde 12</p> <p>Posto de Saúde 13</p> <p>Unidade de Saúde Comunitário 14</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>) 16</p> <p>Médicos privados:</p> <p>Clínica/Hospital privado 21</p> <p>Médico privado 22</p> <p>Farmácia privada ..23</p> <p>Outros médicos Privado: (<i>especificar</i>)</p> <p>Outras Fontes:</p> <p>Famílias e amigos</p> <p>Loja 32</p> <p>Curandeiro tradicional 33</p> <p>Outros: (<i>especificar</i>) 96</p> <p>_____</p> <p>Não Sabe.....98</p>	
<p>CA4c. QUANTO PAGOU PELO PACOTE DE SAIS DE REHIDRATAÇÃO ORAL SRO (<i>NOME</i>), PACOTE DE SRO DE CA2A) ?</p>	<p>MOEDA LOCAL _____ FCFA</p> <p>GRATUITO.....9996</p> <p>NÃO SABE.....9998</p>	

<p>CA5. SERÁ QUE (<i>nome</i>) TEVE TOSSE, EM QUALQUER ALTURA, DURANTE AS DUAS ULTIMAS SEMANAS?</p>	<p>Sim Não.....</p>	<p>2⇒CA12 8⇒CA12</p>
<p>CA6. QUANDO (<i>nome</i>) TEVE TOSSE, SERÁ QUE ELE/ELA RESPIRAVA A UM RITMO MAIS ACELERADO DO QUE O HABITUAL, COM RESPIRACAO CURTA E DEPRESSA OU TEVE DIFICULDADES EM RESPIRAR?</p>	<p>Sim Não.....</p> <p>Não Sabe</p>	<p>2⇒CA12 8⇒CA12</p>
<p>CA7. SERÁ QUE OS SINTOMAS SÃO DEVIDOS À UM PROBLEMA NO PEITO, OU DE NARIZ QUE ESTAVA OBSTRUÍDO?</p>	<p>Problema no peito Nariz obstruído</p> <p>Ambos (peito e nariz)</p> <p>Outra (especificar) _____ Não Sabe</p>	<p>2⇒CA12 6⇒CA12</p>
<p>CA8. SERÁ QUE PROCUROU ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO PARA A DOENÇA FORA DE CASA?</p>	<p>Sim Não.....</p> <p>Não Sabe</p>	<p>2⇒CA10 8⇒CA10</p>
<p>CA9. ONDE PROCUROU OS CONSELHOS OU O TRATAMENTO?</p> <p>ALGURES</p> <p><i>Sublinhar todos os contribuintes mencionados, mas Não faça sugestões</i></p> <p><i>Se se tratar de um hospital, de um centro de saúde ou de uma clínica, escrever o nome do lugar. Insistir para determinar o tipo de fonte e sublinhar o código apropriado.</i></p> <p>_____</p> <p><i>Nome(s) de lugar(es) onde procurou os conselhos</i></p>	<p>Sistema de saúde publica: Hospital..... Centro de saúde..... Posto de saúde</p> <p>Unidade de Saúde Comunitário..... Clínica móvel/comunitária</p> <p>Outra fonte publica (especificar) _____</p> <p>Médicos privados: Hospital privado/clínica privada</p> <p>Medico privada</p> <p>Farmácia privada..... Clínica móvel</p> <p>Outra fonte médica privada (especificar) _____</p> <p>Outra fonte: Família ou amigo..... Loja</p> <p>Curandeiro tradicional</p> <p>Outro (especificar) _____</p>	
<p>CA10. SERÁ QUE (<i>nome</i>) TOMOU MEDICAMENTOS PARA TRATAR ESSA DOENÇA?</p>	<p>Sim Não.....</p> <p>Nao Sabe</p>	<p>2⇒CA12 8⇒CA12</p>
<p>CA11. QUE TIPO DE MEDICAMENTO (<i>nome</i>) TOMOU?</p> <p><i>Circular todos os medicamentos tomados.</i></p> <p>Tipos de Antibióticos: Amoxicilina suspensão Cloremfenicol suspensão Cotrimoxazol suspensão Eritromicina suspensão Ampicilina injectavel Penicilina cristalizada Gentamicina injectavel</p>	<p>Tratamento(Tomou) com Antibiótico</p> <p>Paracetamol / Panadol / Acetaminophen.. Aspirina</p> <p>Ibuprofen</p> <p>Outro (especificar) _____ Nao Sabe</p>	

FONTE E CUSTO DOS ANTIBIÓTICOS PARA UMA PNEUMONIA SUSPEITA

CA11a. Verificar CA11: Antibiótico dado ?

Sim. ⇒ Continuar com CA11B

Não ⇒ Passar para CA12

<p>CA11b. Onde obteve os antibióticos ?</p>	<p>Sistema de saúde pública</p> <p>Hospital 11 Centro de saúde 12 Posto de saúde 13 Centro de saúde comunitário 14 Outro público (<i>especificar</i>) 16</p> <hr/> <p>Médicos privados:</p> <p>Clínica/Hospital privado 21 Médico privado 22 Farmácia privada 23</p> <p>Outros médicos privados (especificar)</p> <hr/> <p>Outras fontes:</p> <p>Família ou amigo 31 Loja 32 Curandeiro tradicional 33</p> <p>Outros (especificar) 96 Não Sabe 98</p>	
<p>CA11c. Quanto pagou pelos antibióticos? Ver nome de antibióticos em CA11</p>	<p>Moeda local _____ FCFA</p> <p>Gratuito 9996 Não Sabe 9998</p>	

CA12. Verificar UF11: Será que a criança tem menos de 3 anos ?

Sim. ⇒ Continuar com CA13

Não. ⇒ Passar para CA14

<p>CA13. A ÚLTIMA VEZ QUE (<i>nome</i>) EVACUOU, QUAL FOI O DESTINO DADO ÀS FEZES ?</p>	<p>A criança utilizou casa de banho/latrinas..01 Despejou na casa de banho/latrinas.....02 Despejou no esgoto ou fossa.....03 Despejou juntamente com o lixo caseiro ..04 Enterrou.....05 Deixou ao ar livre.....06</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) _____ 96 Não Sabe .....98</p>	
<p>Colocar à cada mãe ou encarregada de educação da criança, a seguinte questão (CA14) uma única vez.</p> <p>CA14. POR VEZES AS CRIANÇA SOFREM DE DOENÇAS SEVERAS E DEVERIAM SER CONDUZIDAS IMEDIATAMENTE À UM ESTABELECIMENTO SANITÁRIO. QUE TIPO DE SINTOMA LHE OBRIGARIA A LEVAR A SUA CRIANÇA IMEDIATAMENTE PARA UM ESTABELECIMENTO SANITÁRIO?</p> <p>Continuar à pedir ao inquirido/a de citar mais sinais ou sintomas até que não esteja mais em condições de o fazer. Sublinhar todos os sintomas mencionados. Mas NÃO faça sugestões.</p>	<p>A criança não consegue beber ou mamar . A A criança torna-se cada vez mais doente .. B A criança apanha uma febre C A criança tem uma respiração rápida..... D A criança tem dificuldades em respirar E A criança deita sangue juntamente com as fezes F A criança bebe dificilmente G</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) _____ X Outro (<i>especificar</i>) _____ Y Outro (<i>especificar</i>) _____ Z</p>	

MODULO XXVII. PALUDISMO NAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS ML

<p>ML1. SERÁ QUE (<i>nome</i>) TEVE FEBRE EM ALGUM</p>	<p>Sim 1</p>	
--	--------------------	--

MOMENTO, DURANTE AS DUAS ULTIMAS SEMANAS?	Não .....2 Não Sabe .....8	2⇒ML10 8⇒ML10
ML2. SERÁ QUE (nome) FOI CONSULTADO POR UM CENTRO DE SAUDE (ESTATAL OU PRIVADO) DURANTE ESTA DOENÇA ?	Sim .....1 Não .....2 NS .....8	2⇒ML6 8⇒ML6
ML3. SERÁ QUE (nome) TOMOU ALGUM MEDICAMENTO CONTRA A FEBRE OU O PALUDISMO QUE LHE FOI SUMINISTRADO OU PRESCRITO PELO CENTRO DE SAUDE ESTATAL OU PRIVADO?	Sim .....1 Não .....2 Não Sabe .....8	2⇒ML5 8⇒ML5
ML4. QUE MÉDICAMENTO TOMOU (nome) QUE LHE FOI PRESCRITO PELO PESSOAL MEDICO NO CENTRO DE SAUDE ESTATAL OU PRIVADO? <i>Sublinhar os códigos de todos os medicamentos mencionados.</i>	Antipalúdicos : Fansidar A Chloroquina B Amodiaquina C Quinina D Combinação baseada na Artemisinina... E Outro anti palúdico (especificar) H Outros Medicamentos : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ... P Aspirina Q Ibuprofen R Outro (especificar) X Não Sabe Z	
ML5. SERÁ QUE (nome) TOMOU MEDICAMENTOS CONTRA A FEBRE OU PALUDISMO ANTES DE SER LEVADO PARA O CENTRO DE SAUDE?	Sim .....1 Não .....2 Não Sabe .....8	1⇒ML7 2⇒ML8 8⇒ML8
ML6. SERÁ QUE (nome) TOMOU ALGUM MEDICAMENTO PARA A FEBRE OU PALUDISMO DURANTE ESTA ULTIMA DOENÇA ?	Sim .....1 Não .....2 Não Sabe .....8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML7. QUE MÉDICAMENTO (nome) TOMOU ? <i>Circular os códigos de todos os medicamentos dados . Solicitar para ver o medicamento se o tipo de medicamento não é conhecido. Se o tipo de medicamento não pode ser determinado, mostrar os antipalúdicos ao inquirido/a.</i>	Antipalúdicos : Fansidar A Cloroquina B Amodiaquina C Quinina D Combinação baseada na Artemisinina... E Outro antipalúdico (especificar) H Outros medicamentos : Paracetamol/Panadol/Acetaminofen P Aspirina Q Ibuprofen R Outro (especificar) X Não Sabe Z	
ML8. Verificar ML4 e ML7: Antipalúdicos mencionados (códigos A - H)? <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com ML9 <input type="checkbox"/> Não. ⇒ Passar para ML10		
ML9. QUANTO TEMPO DEPOIS DE TER INICIADO A FEBRE É QUE (nome) COMEÇOU A TOMAR (nome do antipalúdico mencionado em ML4 ou ML7) ? <i>Se foram mencionados vários antipalúdicos no ML4 ou ML7, é necessário apresentar todos os nomes dos medicamentos antipalúdicos mencionados.</i> <i>Registar o código do dia em que o antipalúdico foi tomado</i>	Mesmo dia .....0 1 Dia depois da febre .....1 2 Dias depois da febre .....2 3 Dias depois da febre .....3 4 Dias depois da febre .....4 Mais de 4 dias depois da febre .....5 Não Sabe .....8	
ML9A. ONDE PROCUROU O ANTIPALUDICO (NOME DO ANTIPALUDICO DE ML4 OU ML7) ?	Sistema de saúde publica Hospital .....11 Centro de saúde .....12	

	Posto de saúde 13 Unidade de Saúde Comunitário 14 Outro público (<i>especificar</i>) 16 Médicos privados: Clínica/Hospital privado 21 Médico privado 22 Farmácia privada 23 Outro médico Privado (<i>especificar</i>) _____ Outra fonte Família ou amigo 31 Loja 32 Curandeiro tradicional 33 Outro (<i>especificar</i>) _____ 96 Não Sabe .....98	
ML9B. QUANTO PAGOU PELO ANTI PALUDICO? (nome do anti palúdico indicados em ML4 ou ML7)	Moeda local ____ FCFA Gratuito 9996 Não Sabe 9998	*
ML10. SERÁ QUE (<i>nome</i>) DORMIU DEBAIXO DE UM MOSQUITERO (TENDA) NA NOITE ANTERIOR?	Sim..... 1 Não..... 2 Não Sabe 8	2⇒MODULO SEGUI. 8⇒MODULO SEGUI.
ML11. DESDE QUANTO TEMPO SUA CASA POSSUI MOSQUITERO (TENDA) ? SE MENOS DE 1 MÊS, ESCREVER '00'. <i>Se a resposta e "12 meses" ou "1 ano", insistir para determinar se o mosquito foi obtido exactamente 12 meses antes (mais cedo ou mais tarde)</i>	Meses ____ Mais de 24 meses .....95 Não está seguro/a .....98	
ML12. QUAL TIPO DE MOSQUITERO TEM NO AGREGADO FAMILIAR? <i>Se o inquirido/a não sabe a marca do mosquito, mostrar imagens sobe papel, e se possível observar o mosquito.</i> MOSQUITEROS TRATADOS COM INSECTICIDA: TRATADOS PARA 6 Á 12 MESES E 36 MESES. MOSQUITEROS IMPREGNADOS : <i>Poliéster</i> <i>Algodão</i> OUTROS MOSQUITEROS: <i>mosquitos não impregnados</i>	Mosquiteiro tratados com insecticida: Qualquer tipo..... 11 Mosquiteiro impregnado: Poliéster..... 21 Algodão 22 Outro mosquito não impregnado: Não impregnado 31 Outro mosquito (<i>especificar</i>) _____ 36 Não Sabe 98	11⇒MODULO SEGUI. 12⇒MODULO SEGUI. 21⇒ML 14 22⇒ML 14
ML13. QUANDO OBTIVE ESSE MOSQUITERO, SERÁ QUE FOI TRATADO COM UM INSECTICIDA PARA MATAR OU AFASTAR OS MOSQUITOS?	Sim 1 Não 2 Não Sabe / <i>não está seguro</i> 8	
ML14. DESDE QUE POSSUI O (OS) MOSQUITERO (S), SERÁ QUE O MANDOU EMPREGNAR NUM LIQUIDO PARA MATAR OU AFASTAR OS MOSQUITOS OU OS INSECTOS?	Sim 1 Não 2 NS 8	2⇒MODULO SEGUI. 8⇒MODULO SEGUI.
ML15. QUANTO TEMPO SE PASSOU DESDE QUE A TENDA (MOSQUITERA) FOI IMPREGNADA COM UM LIQUIDO INSECTICIDA? <i>Se menos de 1 mês, escrever '00'. Se a resposta for "12 meses" ou "1 ano", insistir para determinar se o mosquito foi obtido há exactamente 12 meses (mais cedo ou mais tarde)</i>	Mês ____ Mais de 24 meses .....95 Não está seguro/NS .....98	

MÓDULO XXVIII. INMUNIZAÇÃO (VACINAS)
IM

Se um cartão de vacina estiver disponível, copiar no IM2-IM8 as datas de cada tipo de vacina ou de dose de vitamina inscritos no cartão. As questões IM10-IM18 são reservadas ao registo de vacinas que não estão inscritas no cartão. As questões IM10-IM18 serão postas somente quando não houver cartão de vacina disponível.

IM1. EXISTE UM CARTÃO DE VACINA PARA (nome)? PossO VÊ-LO ?	Sim, visto 1 Sim, não visto 2 Não 3	2⇒IM10 3⇒IM10	
(a) Copiar as datas das vacinas para cada vacina à partir do cartão Escrever "00" de não estar vacinado. Escrever '44' na coluna 'dia' se o cartão indicar que uma vacina foi administrada mas que a data não foi registada; Escrever '66' caso a mãe dizer que a criança foi vacinada sem conhecer a data.	Data da vacina		
	DIA	MÊS	ANO
IM2. BCG	BCG		
IM3A. POLIO AO NASCER	VPO0		
IM3B. POLIO 1	VPO1		
IM3C. POLIO 2	VPO2		
IM3D. POLIO 3	VPO3		
IM4A. DTCoQ1 (DTP1)	DPCoQ1		
IM4B. DTCoQ2 (DTP2)	DPCoQ2		
IM4C. DTCoQ3 (DTP3)	DPCoQ3		
IM5A. HEPB1 (OU DTCoQH1)	(DTCoQ)H1		
IM5B. HEPB2 (OU DTCoQ HB2)	(DTCoQ)H2		
IM5C. HEPB3 (OU DTCoQH3)	(DTCoQ)H3		
IM6. SARAMPO	SARAMPO		
IM7. FEBRE AMARELA	F. AMARELA		
IM8A. VITAMINA A (1)	VITA1		
IM8B. VITAMINA "A" DOSES ADICIONAIS (2)	VITA2		
IM9. PARA ALÉM DAS VACINAS E DAS CAPSULAS DE VITAMINA "A" INSCRITAS NO CARTÃO, SERÁ QUE (nome) RECEBEU OUTRAS VACINAS, INCLUINDO AS VACINAS TOMADAS NO DIA DA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO? <i>Registar Sim, somente quando for mencionada BCG, VPO 0-3, DTCoq 1-3, Hépate B 1-3, Sarampo, vacina de Febre Amarela, ou de suplementos de Vitamine A.</i>	Sim 1 (Insistir sobre o tipo de vacina e registar '66' na coluna correspondente ao dia em IM2 à IM8B). Não 2 Não Sabe 8	1⇒IM19 2⇒IM19 8⇒IM19	
IM10. SERÁ QUE (nome) RECEBEU VACINAS PARA PREVENIR DOENÇAS, INCLUINDO AS VACINAS RECEBIDAS NO DIA DA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO'?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	2⇒IM19 8⇒IM19	
IM11. SERÁ QUE (nome) RECEBEU UMA VACINA DE BCG CONTRA A TUBERCULOSE, QUER DIZER UMA INJEÇÃO NO BRAÇO OU NO OMBRO QUE NORMALMENTE DEIXA UMA CICATRIZ?	Sim 1 Não 2 NS 8		
IM12. SERÁ QUE (nome) RECEBEU UMA VACINA SOB FORMA «DE GOTAS NA BOCA» PARA SE PROTEGER CONTRA DOENÇAS, ISTO É, VACINA CONTRA A	Sim 1 Não 2	2⇒IM15	

POLIOMIELITE?	Não Sabe .....8	8⇒IM15
IM13. QUANDO FOI ADMINISTRADO A PRIMEIRA VACINA CONTRA A POLIO, LOGO APÓS NASCIMENTO (NAS DUAS PRIMEIRAS SEMANAS) OU MAIS TARDE ?	Logo após o nascimento (nas duas primeiras semanas)..... 1 Mais tarde.....2 Não Sabe.....8	
IM14. QUANTAS VEZES RECEBEU ESTAS GOTAS DE VACINA DA POLIO ?	Número de vezes _ _	
IM15. SERÁ QUE (<i>nome</i>) RECEBEU UMA «VACINA DTCoQ» - QUER DIZER UMA INJECCÃO NA COXA NAS NÁDEGAS PARA EVITAR A CONTRACÇÃO DO TÉTANO, TOSSE CONVULSA (COQUELUCHE) E DA DIFTERIA? (DADO ALGUMAS VEZES AO MESMO TEMPO QUE AS GOTAS CONTRA A POLIO).	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16. QUANTAS VEZES?	Número de vezes _ _	
IM17. SERÁ QUE (<i>nome</i>) RECEBEU UMA «VACINA PARA PREVENIR O SARAMPO» OU MMR – QUER DIZER UMA INJECCÃO NO BRAÇO NA IDADE DOS 9 MESES OU MAIS – PARA EVITAR CONTRAIR O SARAMPO?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	
IM18. SERÁ QUE (<i>nome</i>) RECEBEU UMA «VACINA PARA PREVENIR A FEBRE AMARELA» - QUER DIZER UMA INJECCÃO NO BRAÇO NA IDADE DOS 9 MESES OU MAIS – PARA EVITAR DE CONTRAIR A FEBRE AMARELA? (DADA POR VEZES AU MESMO TEMPO QUE O SARAMPO).	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	
IM19. DIGA-ME , SE FAZ FAVOR, SE (<i>nome</i>) PARTICIPA NUMA DAS SEGUINTE JORNADAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO E/OU DE VITAMINA A OU NAS JORNADAS DE SAUDE DA CRIANÇA:		
IM19A. NOVEMBRO 2005/ CAMPANHA ANTI POLIOMELITI		
IM19B. DEZEMBRO 2005/ CAMPANHA VITAMINA “A”		
IM19C. DATA/TIPO DE CAMPANHA C		
	S N NS	
	Camp.2005 Anti Poliomieliti 1 2 8	*
	Camp. 2005 Vitamina “A” 1 2 8	
	Outra Campanha “C” 1 2 8	
	(Especificar) _____	
IM20. Existe uma outra criança que vive no seio da família cujo entrevistado é a mãe/encarregado/a de educação ? Verificar no Registo do Agregado Familiar, coluna HLS.		
<input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Fim do presente questionário; Passar a outro QUESTIONÁRIO DAS CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS.		
<input type="checkbox"/> Não.. ⇒ Fim da entrevista. Agradecer o/a inquirido/a pela colaboração.		
Se esta criança é a última criança elegível na família, passar para o MÓDULO SOBRE A ANTROPOMETRIA.		

MODULO XIX. ANTROPOMETRIA**NA**

Depois de os questionários terem sido preenchidos para todas as crianças, o medidor pesa e mede cada criança. Inscrever em baixo o peso e o comprimento em posição alongada ou em posição vertical (de pé), tendo o cuidado de registar as medidas antropométricas no questionário correspondente para cada criança. Verificar o nome e o número de linha da criança na Folha de Registo do Agregado Familiar antes de inscrever as medidas antropométricas.

AN1. PESO DA CRIANÇA.	Quilogramas (kg) __ __ . __	
AN2. COMPRIMENTO DA CRIANÇA. <i>Verificar a idade da criança em UF11:</i> <input type="checkbox"/> <i>Criança com menos de 2 anos. ⇒ Medida de comprimento (em posição deitada).</i> <input type="checkbox"/> <i>Criança com 2 anos ou mais. ⇒ Medida de comprimento (em posição de pé).</i>	Comprimento (cm) Posição deitada..... 1 __ __ . __ Comprimento (cm) Posição de pé 2 __ __ . __	
AN3. Código de identificação do medidor.	Numero de código __ __	
AN4. Resultado da medição	Medido 1 Ausente 2 Recusa 3 Outra razão (especificar) 6	

AN5. *Existe uma outra criança na família que é elegível para as medidas antropométricas ?*

Sim. ⇒ Registrar as medidas na criança seguinte.

Não. ⇒ Fim de entrevista com esta família. Agradecer todos os participantes pela colaboração.

Recolher todos os questionários desta família e verificar que os números de identificação constam no topo de cada página. Inscrever o numero de questionários preenchidos em HH15 no Modulo II Informacao sobre o Agregado Familairr.

Guinée-Bissau
Enquête par grappes à indicateurs multiples
2006